Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	08
	SECRETARÍA DE HACIENDA	FECHA ELAB	28-Agosto-2019
		FECHA APROB	2/01/2024
	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	TRD	900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO						
C.C. O NIT	800036734-5						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	3115143662						
VALOR COBRADO	$ 76.177.500						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	DÍA: 06	MES: 06	AÑO: 2026	—	DÍA: 05	MES: 07	AÑO: 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO:					
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.		FECHA INICIO DEL CONTRATO		
CONVENIO DE ASOCIACION	01576 - 2026 CO1.PCCNTR.9257065		DÍA: 06	MES: 02	AÑO: 2026
CDP: 26-01078	FECHA: 14/01/2026	RP: 26-01736	FECHA: 06/02/2026		
CDP ADICIONAL :	FECHA:	RP ADICIONAL :	FECHA:		
OBJETO CONTRACTUAL:	AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2.				

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA					
ENTIDAD BANCARIA	BANCO BBVA				
NÚMERO DE CUENTA	00130197000100015589	AHORROS		CORRIENTE	X

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO *"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"* ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.

CONTROL DE SUPERVISIÓN			
NOMBRE SUPERVISOR	VIVIANA PEINADO FERREIRA		
CARGO SUPERVISOR	SUPERVISOR DE CONTRATO - SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA: 03	MES: 09	AÑO:2026

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".*

FIRMAS RESPONSABLES

ADONAI LAGUADO PULIDO
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO DE BIENESTAR CIUDAD DEL NIÑO

VIVIANA PEINADO FERREIRA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
SUPERVISOR DE CONTRATO

REVISÓ Y APROBÓ
OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN

No. Folios: _____

NÚMERO DE RADICADO

Fecha: _____
Hora: _____

FECHA DE ACTA:	03 DE SEPTIEMBRE DE 2026	**Acta No.**	N° 5
CONTRATO No. :	202600001576- Co1.pccntr.9257065		
FECHA DE CONTRATO:	30 de enero de 2026		

OBJETO DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.9257065 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2.
VALOR DEL CONTRATO	$549,239,775.00 quinientos cuarenta y nueve millones doscientos treinta y nueve mil setecientos setenta y cinco pesos
VALOR ADICIONAL N°	$0.00 N/A
PLAZO INICIAL	- SIETE (7) MESES
PLAZO ADICIONAL	
CONTRATISTA	ADONAI LAGUADO PULIDO
	CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO
SUPERVISOR	VIVIANA PEINADO FERREIRA
	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL
FECHA DE INICIO	06 DE FEBRERO 2026
FECHA TERMINACIÓN INICIAL	05 DE SEPTIEMBRE 2026
FECHA TERMINACIÓN FINAL	
ACTA	ACTA DE INICIO 06/02/2026
ACTA	ACTA MODIFICATORIA 06/04/2026
ACTA No. 1	ACTA PARCIAL N° 1 07/04/2026
ACTA No. 2	ACTA PARCIAL N° 2 10/06/2026
ACTA No. 3	ACTA PARCIAL N° 3 01/07/2026
ACTA No. 4	ACTA PARCIAL N° 4 03/08/2026
ACTA No. 5	ACTA PARCIAL N° 5 03/09/2026

En Floridablanca en fecha 03 DE SEPTIEMBRE 2026**,** se reunieron en el despacho de la **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL**, la firma **CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO**Rep. Legal **LAGUADO PULIDO ADONAI,** en calidad de CONTRATISTA, y el **VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

- secretaría de **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL** del municipio de Floridablanca, en calidad de SUPERVISOR con el fin de firmar la presente acta.

CONSIDERANDO:

1. CLÁUSULA CUARTA-FORMA DE DESEMBOLSO O ENTREGA DE LOS APORTES DE LAS PARTES.

El desembolso de los aportes que va a realizar el municipio de Floridablanca para la ejecución del convenio, se realizarán mediante mensualidades vencidas, equivalente a cada uno de los componentes o servicios de atención efectivamente prestados, previa presentación de la obligación contraída, Certificaciones de cumplimiento del supervisor, informes parciales mensuales y el informe final según corresponda, acompañados con los soportes de cada uno de los servicios prestados

2. Que el contratista ha entregado parcialmente algunas de las actividades y/o obligaciones contratadas cumpliendo con las especificaciones requeridas y a satisfacción del Municipio de Floridablanca.

3. BALANCE DEL CONTRATO A LA FECHA:

DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR APORTE DEL MUNICIPIO	$533.242.500	
APORTE ESAL	$ 15.997.275	
VALOR ANTICIPO PAGADO (XX %)	0.00 N/A	
PRIMER PAGO DEL MUNICIPIO		$ 76,177,500
PRIMER APORTE ESAL		$ 2.285.325
SEGUNDO PAGO DEL MUNICIPIO		$ 76.161.500
SEGUNDO APORTE ESAL		$ 2.285.325
TERCER PAGO DEL MUNICIPIO		$ 76.161.500
TERCER APORTE ESAL		$ 2.285.325
CUARTO PAGO DEL MUNICIPIO		$ 76.161.500

CUARTO APORTE ESAL		$ 2.285.325
QUINTO PAGO DEL MUNICIPIO		$ 76,177,500
QUINTO APORTE ESAL		$ 2.285.325
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 156.973.650
TOTAL SUMAS IGUALES	$ 549,239,775	$ 549,239,775

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 26-01736				
CODIGO	**CODIGO RAPIDO**	**VALOR**	**DESCONTAR**	**SALDO**
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260731	312,861,050.00	76,177,500.00	236.683.550
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260731	236,683,550,00	76.161.500.00	160.522.550
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260731	93.360.550.00	76.161.500.00	84.360.550
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260731	8.199.050.00	76.161.500.00	8.199.050
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260731	8.199.050.00	8.199.050	0
2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214	260733	220,381,450.00	67.978.450	152.403.000

DESCRIPCIÓN	VALOR AMORTIZACIÓN	VALOR TOTAL
Valor Pago Anticipo (XX%)	N/A	N/A
Valor acta de pago parcial N°	N/A	N/A
Valor acta de pago parcial N°	N/A	N/A
Valor acta de pago parcial N°	N/A	N/A
Valor acta de pago parcial N°	N/A	N/A
TOTAL SUMAS IGUALES		

ACUERDAN:

1. Recibir terminadas y a satisfacción del Municipio las actividades ejecutadas hasta la fecha de la presente acta parcial **N° 5** las cuales se relacionan en el informe de actividades que hace parte integral de la misma.

2. Autorizar el pago del servicio prestado por un valor de ($76.177.500.00)

3. Se deja en constancia la atención a 50 adultos mayores.

4. La supervisión presume de la buena fe de todos los soportes y documentos presentados por la Corporación ciudad del niño, en el informe de la cuenta de cobro y sobre esto se efectúa la revisión de la misma.

ADONAI LAGUADO PULIDO

CC.5628664

CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO,

NIT. No. 800036734-5 de Contratista

VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA

Secretaria de desarrollo social Supervisor

Alcaldía Municipal de Floridablanca	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRATOS DIFERENTES DE OBRA Y CPS	CÓDIGO	GC-F-33
		VERSIÓN	03
	OFICINA DE CONTRATACIÓN	FECHA ELAB	Junio-2016
		FECHA APROB	02/01/2024
	PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACION	TRD	103-14

FECHA DE INFORME:	03 de SEPTIEMBRE de 2026
CONTRATO No. :	202600001576- Co1.pccntr.9257065
FECHA DE CONTRATO:	30 de enero de 2026
PROYECTO:	N/A

OBJETO DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.9257065 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$549,239,775.00
VALOR ADICIONAL N°:	
PLAZO INICIAL:	SIETE (7) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin exceder la vigencia fiscal 2025.
PLAZO ADICIONAL:	N/A
CONTRATISTA:	CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO ADONAI LAGUADO PULIDO
SUPERVISOR:	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL VIVIANA PEINADO FERREIRA
ANTICIPO (XX%)	N/A
FECHA DE INICIO:	06 DE FEBRERO 2026
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	05 DE SEPTIEMBRE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:	N.A
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
ACTA	ACTA DE INICIO 06/02/2026
ACTA	ACTA MODIFICATORIA 06/04/2026
ACTA N° 1	ACTA PARCIAL N° 1 07/04/2026
ACTA N° 2	ACTA PARCIAL N° 2 10/06/2026
ACTA N° 3	ACTA PARCIAL N° 3 01/07/2026
ACTA N° 4	ACTA PARCIAL N° 4 03/08/2026
ACTA N° 5	ACTA PARCIAL N° 5 03/09/2026

Con base en los informes presentados por el contratista respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el **06/06/2026** al **05/07/2026** y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Municipio de Floridablanca, tomando como base las ACTAS E INFORMES PARCIALES No. 5 por VALOR de **$ 76.177.500.00** DE PESOS M/CTE.

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el contratista con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas en el presente contrato fueron:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS Y/O SOPORTES
1. ALIMENTACIÓN	Alimentación (Desayuno / Media mañana / Almuerzo / media tarde / cena) se cumple con la base nutricional, con la minuta semanal entregada por la alcaldía de Floridablanca.	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**

Scanned with CamScanner

	Se cumplió la minuta en un 100%, durante las cuatro (4) semanas del periodo a cobrar del 06 de junio al 05 de julio, de igual forma se cumplió con el valor nutricional, para los adultos mayores. Se prestó el servicio de alimentación de lunes a Domingo a los adultos mayores adscritos al Centro de Bienestar, cumpliendo con la minuta estipulada para Desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena. 1.1 Manipuladores de alimentos: del 06 de junio al 05 de julio, El personal cumple con los requisitos para la manipulación de alimentos; tanto exámenes anuales, como el certificado de manipulación de alimentos y el respectivo carné y BPM. Para la preparación de alimentos se tiene en cuenta previo pedido de insumos para cumplimiento de minuta, alistamiento del área en excelentes condiciones higiénicas, corte, pelado, rallado y porcionado. Elaboración de los alimentos Alimentos Servidos a la mesa con buena presentación y excelente sabor. 1.2 Auxiliar de mantenimiento y aseo: La persona encargada tiene los insumos necesarios para la realización de higiene y mantenimiento de los espacios destinados para el Centro de Bienestar, por lo tanto, a diario se realiza la limpieza y desinfección de los baños, los dormitorios y espacios comunes. Al igual que se recoge la ropa diariamente y se lleva a lavandería para su lavado, secado y entregar doblada en los locker de cada uno de los residentes.	
2. ORIENTACION PSICOSOCIAL	2.1. Director técnico: Durante este periodo se realiza la planeación y coordinación de actividades, tendientes a brindar espacios garantistas de derechos, de buen trato entre iguales y con el personal de apoyo. Se realiza acompañamiento a la supervisión y se toma atenta nota de las sugerencias y mejoras a realizar. Se está al pendiente del cumplimiento del diario vivir de los Adultos Mayores, al igual que de las actividades planeadas por cada profesional y personal de apoyo. La interacción con los Adultos Mayores es constante y se trata de dar respuesta a las solicitudes presentadas por cada uno de ellos. En apoyo con el representante legal se realiza los pedidos para cumplimiento de minuta y se revisan los productos para dar ingreso y aprobación de los mismos. Se realiza seguimiento a los horarios y	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**

Scanned with CamScanner

	actividades planeadas, al igual que se revisa y consigna en el libro de novedades los aspectos a resaltar. 2.2. Trabajadora Social: durante este periodo se realiza atención grupal en busca de fortalecer cohesión grupal, adaptación al medio institucional y reconocimiento de las normas que nos rigen en el Centro de Bienestar. Se realiza abordaje con familia en busca de fortalecer vínculos afectivos y red de apoyo. Al igual que se indaga contantemente la situación familiar en busca de apoyos adicionales que permitan que el adulto mayor vuelva al hogar. Constante atención psicosocial orientada a la resolución de conflictos por la vía del dialogo, el respeto y la sana convivencia. Se está al pendiente de la gestión de citas médicas y con especialistas. Apoyo en la coordinación para la atención integral de los adultos mayores.	
3. ATENCION PRIMARIA EN SALUD	3.1. Auxiliares de Salud Pública / Enfermería: Durante este periodo desde el área se realiza: Control de signos vitales que se registran en el formato semanal de cada adulto mayor. Se organiza y se suministra medicamentos de acuerdo a la fórmula médica. Revisión constante de citas programadas y seguimiento para el cumplimiento de las mismas por parte de los familiares y de la institución. Recepcionar y registrar fecha y hora de suministro de medicamentos y útiles de aseo por parte de familiares. Apoyo en el baño diario de los Adultos Mayores variando de acuerdo a la movilidad. Supervisión en los tiempos de comida para revisar la ingesta de los alimentos y determinar gustos y preferencias. Apoyo contante en el orden y organización de la ropa y útiles de aseo personal. Atención constante a los estados de salud y variaciones en los resultados de toma de tensión y glucometria. Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de encuentros grupales e individuales. Apoyo en curaciones Apoyo para la movilidad de las personas con limitaciones físicas y demás que se necesiten. 3.2. Cuidadoras: Durante el periodo se realizan actividades como: Baño diario de los Adultos Mayores (realizado y/supervisado.) Arreglo de ropa, cambio de ropa diariamente Cambio de pañales Hidratación de la piel Constante supervisión en la ingesta de líquidos y alimentos. Corte de uñas, rasurado y corte de cabello. Acompañamiento en desplazamiento de adultos	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**

Scanned with CamScanner

	mayores que tiene movilidad reducida Acompañamiento citas médicas.	
4. ASEGURAMIENTO EN SALUD	4.1. El Centro de Bienestar Ciudad del Niño, establece durante el mes en revisión de las páginas del SISBEN y ADRES que todos los adultos mayores se encuentran afiliados en el Sistema de Salud, con sus respectivas EPS, ubicadas en el municipio de Floridablanca. 4.2. Durante el mes se cuenta con apoyo constante las 24 horas de EMI, de acuerdo al convenio firmado por un año en la prestación de servicios de salud. En el mes se atendieron en promedio 8 adultos mayores con 12 atenciones en la Institución y traslados por urgencias. Se cuenta con Formula médica y recomendaciones a seguir.	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**
5. SERVICIO CAPACITACION EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Este servicio continuo a cargo de la Señora Martha Dueñas – la cual tiene experiencia en trabajo con Adulto Mayor y realiza con ellos actividades manuales de acuerdo a las destrezas y habilidades de cada uno de los alumnos. Durante este periodo, realizaron alistamiento de recursos para creación de proyectos. Por ejemplo, con papel periódico hicieron figuras que luego utilizaran para armar proyecto de centros de mesa. Recursos como: Foamy, papel periódico dibujado y coloreado. Actividades que buscan facilitar la creación de proyectos y actividades de arte con los adultos mayores para desarrollar sus habilidades creativas, artísticas y cognitivas	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**
6. DEPORTE, CULTURA Y RECREACION	6.1 Durante el periodo se continúa promoviendo la actividad física como alternativa para mejorar la salud física y cognitiva. Se promueve la actividad física desde el goce productivo y la adquisición de estilos de vida saludable. El profesional promueve el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los adultos mayores, a través de actividades recreativas, juegos, ejercicios y otras formas de movimiento, facilitando la convivencia y relaciones entre ellos, promoviendo el trabajo en equipo, la participación y cooperación. Los días de intervención realiza calistenia y continua con la actividad física y/o recreativa programada. Capacita a las cuidadoras para la realización de actividades físicas y recreativas a diario. Además, desde el área se logra apoyo por parte de la casa de la cultura Piedra del Sol en diversas actividades lúdicas y culturales al igual que con INDERFLORIDA donde se intensifica por medio de la bailo terapia el ejercicio y la actividad física recreativa.	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**
7. PROMOCION DEL TRABAJO ASOCIATIVO	7.1. Materiales para trabajar iniciativas productivas y recreativas, todos los implementos se usan tanto para el desarrollo cognitivo en las clases de manualidades, como en trabajo psicosocial y actividades de los adultos mayores. La mayoría de los materiales son adquiridos en papelerías, ya que cuenta con gran variedad de	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**

Scanned with CamScanner

	artículos, los cuales ayudan a crear proyectos, animar a los adultos mayores a ser más ágiles y creativos. Los materiales utilizados: Foamy, cartón cartulina, pegante, colores, hojas de colores, resma de papel, palos de paleta, escarcha, vasos plásticos, silicona, papel periódico, cartones de huevos y temperas.	
8. AUXILIO EXEQUIAL	8.1 Auxilio exequial, se renovó la póliza exequial con la empresa Grupo Recordar. Con esta entidad se tiene una cobertura al 100% de los adultos mayores del convenio de la alcaldía.	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**
9. GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	Durante el periodo comprendido entre el 06 de junio al 05 de julio se realizaron los siguientes gastos: 9.1 Servicios públicos, (agua, luz, gas, tv e internet), se pagaron los servicios públicos, así que la institución se encuentra al día. 9.2 Implementos para el aseo del centro, se cuentan con varios proveedores de productos de aseo, como bolsas plásticas, productos de limpieza y separación de residuos. 9.3 Insumos papelería, para los informes de la alcaldía, y los proyectos para los adultos mayores. 9.4. Muebles y enseres	**SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS**

Así mismo se deja constancia del cumplimiento de los requisitos de seguridad social y parafiscal, en el informe final se debe registrar la actualización de pólizas, debidamente aprobada por la OFICINA DE CONTRATACION DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA.

Como contratista manifiesto bajo gravedad de juramento que toda la información y documentación suministrada en este informe, corresponde a la veracidad de actividades y demás anexos tendientes a certificar el cumplimiento de mis obligaciones como contratista, presumiéndose de buena fe por parte del supervisor del contrato la misma.

Se expide en Floridablanca, en fecha: 03 **de SEPTIEMBRE del 2026.**

VIVIANA PEINADO FERREIRA
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
SUPERVISOR DE CONTRATO

ADONAI LAGUADO PULIDO
CC. 5628664
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO DE BIENESTAR CUIDAD DEL NIÑO

Scanned with CamScanner

Ciudad del Niño

NIT 800036734 - 5

Floridablanca, 28 agosto de 2026

SEÑORES

ALCALDIA MUNICIPAL DE FLORIDABLANCA

Floridablanca- Santander.

Cordial Saludo.

La presente tiene como objeto informar que se anexa el pago de estampilla Departamental con número de recaudo: 2502600547777 con fecha de pago 27 agosto 2026, por un valor de TRES MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($3.047.200), correspondiente al pago por valor base del QUINTO PERIODO ejecutado comprendido entre el 06 de JUNIO al 05 de JULIO de 2026, del CONVENIO DE ASOCIACION FLO-CONT-RE-001-2026 SECOP II: **CO1.PCCNTR.9257065** por un valor de: QUINIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ($533.242.500) suscrito entre la CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO CON NIT 800036734-5 y la Secretaria de Desarrollo social con fecha de 06 Febrero de 2026.

Atentamente,

Adonai Laguado Pulido - Director

Corporación Ciudad del Niño

ciudaddelnino@hotmail.com

Scanned with CamScanner



Banco de Occidente

SAE GOBERNACIÓN DE SANTANDER

3 | 27 AGO 2026 | 3

RECIBIDO

SECRETARÍA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890 201 235-6

Recibo de recaudo No: 2502600547777

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 8000367345
Nombre:
CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO

TRÁMITE
CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

VALOR BASE	76 177 500
VALOR ORDEN DE PAGO	76 177 500
NUMERO ORDEN DE PAGO	FE219
VALOR TOTAL CONVENIO	533 242 500
FECHA CONVENIO	30/01/2026
NRO CONVENIO	9257065

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$1 523 600
PRO UIS	$1 523 600

TOTAL $3 047 200

Total a pagar $3.047.200

Con destino a:
Alcaldía de Floridablanca

Fecha expedición: 2026/08/27
Fecha límite de pago: 2026/09/02

Puede ingresar a
https://edeskprisma.syc.com.co/SANTANDER
para validar y consultar el detalle del pago de la
Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Impresión 20260827 15:58:32

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141238707419

(415)7707212489984(8020) 000014123870741 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 3 6 7 3 4	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO

36. Nombre comercial	37. Sigla
CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
BRR LAGOS 5 ET VIA FLORIDABLANCA

42. Correo electrónico ciudaddelnino@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 7 6 3 9 1 5 2 6	3 1 7 3 4 8 5 9 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 9 0	1 9 9 9 0 4 0 7	8 7 3 0	2 0 2 4 0 1 0 1	6 8 1 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	7	1	4	1	6	3	3	4	2	4	8	5	2	5	5										

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-02 / 03:48:56PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LAGUADO PULIDO ADONAI

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212489984(8020) **000014123870741 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 3 6 7 3 4	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	8	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 8	
72. Número	7 4 4	
73. Fecha	1 9 9 1 1 1 2 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 4	
76. Fecha de registro	1 9 9 1 1 1 2 0	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	6 8	
79. Ciudad/Municipio	2 7 6	
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 1 1 1 2 0	
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212489984(8020) **000014123870741 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 3 6 7 3 4	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 0 0 1 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 6 2 8 6 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LAGUADO	PULIDO	ADONAI	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212489984(8020) **000014123870741 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 3 6 7 3 4	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 6 1 9 3 6 4		2 3 0 1 4 7 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ARIAS	DELGADO	CLAUDIA	PAOLA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 8 0 3 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores:

ALCALDIA DE FLORIDABLANCA

Floridablanca – Santander

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO Que CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO** identificada con **NIT 800.036.734- 5** Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, durante el periodo de seis (06) de junio (06) al cinco (05) de julio (07) de 2026.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO ACTUANDO EN MI CALIDAD DE:

Revisora Fiscal, **CLAUDIA PAOLA ARIAS DELGADO** con documento de identidad cedula número 37.619.364 de la ciudad de Piedecuesta y Tarjeta Profesional 230147-T

Fecha de Expedición 28 de julio de 2026.

CLAUDIA PAOLA ARIAS DELGADO
C.C 37.619.364
T.P. 230147-T
En calidad de Revisora Fiscal
Contadora Corporación Ciudad del Niño

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1095832965
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			NATALIA MARGARITA LARA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CASA 5 SEGUNDO PISO	TELÉFONO:	6399240
TIPO APORTANTE:	62-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	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

NÚMERO PLANILLA:		90201555827		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			411855132

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	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

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSCN	ESSCN-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES:													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
No	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PENSIONADO	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP																												
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC	LARA GOMEZ NATALIA MARGARITA	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																230301-PORVENIR	30	1.750.905	$ 280.200	$ 0		$ 0		Normal	$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 216.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	1095832965	$ 42.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

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 63363539		CASTRO DIAZ JUANA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 13 36 46 BARRIO LA JOYA	BUCARAMANGA-SANTANDER	6338530	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	465781251	9506811769	I	2026/07/09	2026/07/09	NEQUI	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: BUCARAMANGA 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 63363539	CASTRO JUANA		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.52232	$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

Scanned with CamScanner

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

Scanned with CamScanner

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 28241614		MARIA HERMENCIA ANAYA FERNANDEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 15 202a54casa 1	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6584116	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	100818101	9500683530	I	2026/07/04	2026/07/02	NEQUI	0	$451,500

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)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$35,600		$0	$0		$451,500
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$35,600		$0	$0		$451,500
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$35,600		$0	$0		$451,500
1	CC	28241614 ANAYA MARIA	X																	23020 1	25	$1,459,088	$233,500	EPS037	25	$1,459,088	$182,400		0	$0	$0	14-11	25	$1,459,088	2.436%	$35,600	0	$0	$0	No	$451,500
Total Afiliados(1)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$35,600		$0	$0		$451,500

Scanned with CamScanner

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	$233,500	$0	$0	$233,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$233,500	$0	$0	$233,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,600	$0	$0	$35,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,600	$0	$0	$35,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,400	$0	$0	$182,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$182,400	$0	$0	$182,400
TOTAL				1	$451,500	$0	$0	$451,500

Scanned with CamScanner

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-01, 02:30:59 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 86583419

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202606

PAGADA 2026-07-01 14:28:22.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EONILDE DE LAS MERCEDESBBMORENO CHIVATA				
Documento	CC 51998921	**Dirección**	AV 17 #7 W - 51		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167799342		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	PIEDECUESTA	**Departamento**	SANTANDER		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51998921		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	04					MORENO CHIVATA EONILDE DE LAS MERCEDES	68547000 - 68		SANTANDER

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Subtrabajador	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																		$ 1.750.905	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	2	1,044 %	$ 1.750.905	$ 18.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0
															0	0	30	30	0																											

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.200

Enlace Operativo – Líneas 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

Scanned with CamScanner

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	79783587	JESUS LAGUADO PULIDO	manzana 7 casa 5 asoviaur	3208235767	jesuslaguado356@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	FLORIDABLANCA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	01/07/2026	58639712	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	18.300				18.300	0	0	18.300				18.300	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, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	0	218.900
Pensión	1	0	280.200
Riesgos Laborales	1	0	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	0	517.400

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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	79783587	JESUS LAGUADO PULIDO		manzana 7 casa 5 asoviaur	3208235787	jesuslaguado358@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	01/07/2026	58639712	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Informante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79783587	LAGUADO PULIDO JESUS	57	0		N																		230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS046	1.750.905	216.900	14-11	1.750.905	2	16.200		0	0	0	0	0	0	0

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	91156531	HERMES MONTAÑEZ GRIMALDOS	VEREDA BERICUTE FINCA CARACOLI	3212324495	montanezhermes17@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	FLORIDABLANCA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-06	2026-06	I	26/06/2026	58457045	$190.100

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	182.400	0		0		0	0	0	0	182.400	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

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	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	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	182.400	182.400
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	190.100	190.100

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

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	91156531	HERMES MONTAÑEZ GRIMALDOS		VEREDA BERICUTE FINCA CARACOLI	3212324495	montanezhermes17@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	26/06/2026	58457045	$190.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Nro.	Tipo	Nro. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ambarina	Sublim	Extranjero	Cotiz. exterior	Suspensión	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	VTE	IGE	Cotizante exterior	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	91156531	MONTAÑEZ GRIMALDOS HERMES	57	3			N	X															0	0	0	0	0	0	EPS041	1.456.068	182.400	14-11	1.456.068	1	7.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NELCY SANTOS ARREGOCES
IDENTIFICACIÓN:	CC-56056802
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-03
FECHA DE PAGO:	2026-07-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8640246608
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8639066637
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-25	800226175	COLMENA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/07/2026

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MITCHELL DAYANNA ROJAS MAHECHA**, identificada con **CC** número **1100895661**, aportó por **MITCHELL DAYANNA ROJAS MAHECHA.** identificado(a) con **CC** número **1100895661** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **93096037** para el periodo de salud **2026-06** y pensiones **2026-06** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CODIGO ADMINISTRADORA	COTIZACION Y/O APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	ENVIO RADICADO
Salud	ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715	59	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Junio - 2026	93096037	15/07/2026	N
Riesgos Laborales	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$1.750.905	0,02436	3	$42.700	Junio - 2026	93096037	15/07/2026	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Junio - 2026	93096037	15/07/2026	N

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Agosto de 2026

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

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-01, 02:50:16 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1173926375

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202606

PAGADA 2026-07-01 02:30:35.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELDA SILVA DIAZ				
Documento	CC 63514782	**Dirección**	AV 17 #7 W - 51		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167799342		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	PIEDECUESTA	**Departamento**	SANTANDER		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 63514782		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					SILVA DIAZ ELDA	68547000 - 68		SANTANDER

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo cotiz.	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0							$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	MIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scanned with CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JACQUELINE VEGA SUAREZ
No. Identificación: CC32753288
Dirección: SECTOR B BLOQUE 11 APT 4-2 LAGOS 4 ETAPA
Telefono: 3143921171
Correo: asesorias.gno@gmail.com
Ciudad: FLORIDABLANCA
Número de Planilla: 71922156

Nombre Aportante	JACQUELINE VEGA SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC32753288
Número de planilla	71922156
Fecha pago	2026-07-02
Número de autorización pago	2196117
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	541800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
71922156

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	42700	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 32753288
APELLIDOS Y NOMBRES: JACQUELINE VEGA SUAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1098811452	JULIANA CAMILA FLOREZ PEREZ		vereda santa barbara finca 10	3019686412	juanita_florez@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
		85509220	26/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NÓMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-06	2026-06	I	$0	$523.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	216.900	0		0		0	41	6.300	0	225.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	41	8.100	0	288.300	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	41	300	9.500			92	9.500	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	41	0	0	0
ICBF				
0	41	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IBP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	216.900	225.200
Pensión	1	280.200	288.300
Riesgos Laborales	1	9.200	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	506.300	523.000

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098811452	JULIANA CAMILA FLOREZ PEREZ		vereda santa barbara finca 10	3019666412	julinita_florez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
		85509220	26/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$523.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Residente	Estudiante	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días Incapacidad	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1098811452	FLOREZ PEREZ JULIANA CAMILA	67	0			N														230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	210.600	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91157451
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			EUCIN HORACIO CABALLERO BECERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 10-11-79 B/ ROSALES	TELÉFONO:	6395800
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades empleadores y facilitadores de la ocu
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			52510660441	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/07/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9907434894

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 260.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 260.200	$ 0	$ 260.200
SUBTOTALES:										$ 260.200	$ 0	$ 260.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES:													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			BALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN			FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD							ARP						PARAFISCALES						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO			ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTES	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 91157451	CABALLERO BECERRA EUCIN HORACIO	REPRESENTANTE DE ENTIDAD CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	01															25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 260.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		Normal	$ 260.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 216.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	I	$ 91157451	$ 42.700	$ 42.700	$ 0									

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada
Planilla Pagada

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 37831989		DUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14A # 10A 21ALTOS DE ROSALES	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6799545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	07366759	9507366759	I	2026/07/23	2026/07/07	BANCO AV VILLAS	0	$237,200

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)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC 37831989	DUEÑAS MARTHA		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

Scanned with CamScanner

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 37831989		DUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14A # 10A 21ALTOS DE ROSALES	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6799545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	07366759	9507366759	I	2026/07/23	2026/07/07	BANCO AV VILLAS	0	$237,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
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	$237,200	$0	$0	$237,200

Scanned with CamScanner

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO** identificado(a) con **número 800.036.734** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130197000100015589** aperturada el **02 de abril de 2002**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **197015589**
10 dígitos: **0197015589**
16 dígitos: **0197000100015589**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 01 de JULIO de 2026 a las 14:10, con destino a Quien Interese.

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Scanned with CamScanner

CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO
NIT 800.036.734-5
LAGOS V VIA ANTIGUA
FLORIDABLANCA
Tel: (037) 6391526
Floridablanca - Colombia
CIUDADDELNINO@HOTMAIL.COM

Factura electrónica de venta
No. FE 219

Señores	ALCALDIA DE FLORIDABLANCA		
NIT	890.205.176-8	**Teléfono**	(607) 6911050 - Ext. 0
Dirección	CALLE 5 # 8 25	**Ciudad**	Floridablanca - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	24/08/2026, 16:56
Expedición	24/08/2026, 16:58
Vencimiento	28/08/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Pago Parcial corte No 5 al CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 Número de Convenio , CO1 PCCNTR 9257065 con Número de Proceso FLO-CONT-RE001-2026 con objeto de: Anuar esfuerzos para brindar protección y bienestar a los adultos mayores del municipio de Floridablanca, con la metodología de Sisbén IV entre A1 a C18 o carentes de recursos económicos, así como brindar una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, conforme a las Leyes 1276 Y 1315 de 2009-LOTE 2	1.00	76,177,500.00

Total items: 1

Total Bruto	76,177,500.00
Total a Pagar	76,177,500.00

Valor en Letras:
Setenta y seis millones ciento setenta y siete mil quinientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-08-28 por $ 76,177,500.00

Observaciones:
POR FAVOR NO REALIZAR RETENCION A LA CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO, quien tiene un tratamiento especial, en materia de retención en la fuente. Contemplado en el decreto 2150 - del 20/12/2017 por el cual se reglamenta el Régimen Tributario Especial en el impuesto sobre la renta (artículos 1.2.1.5.1.2.,1.2.1.5.1.11. y 1.2.1.5.1.48. del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016) - Oficio 025602 del 02/09/2015 - Concepto 008722 del 17/04/2017POR FAVOR NO REALIZAR RETENCION

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764109534060 aprobado en 20260507 prefijo FE desde el número 213 al 500 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 8790 Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento Tarifa
CUFE: 33ffd1b08f255a01006542a76e25d47d29e060c38caeb20225d726ec29a9c882dfa7d4ccc6be116e77e6bc8fa956b85a

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML