Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018479241		ORTIZ SALAZAR NESTOR VICENCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 22 122-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7597220	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1774032546	9491760744	I	2025/10/09	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
1	CC	1018479241 ORTIZ NESTOR		X																25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018479241		ORTIZ SALAZAR NESTOR VICENCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 22 122-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7597220	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1774032546	9491760744	I	2025/10/09	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL / 004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	21/10/2025	90715203	$2.964.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.800	0		0		0	1	200	0	275.000	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	1	100	0	108.100	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	231.000	0	0	0	0	1	200	0	231.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.299.800	0	0	0	0	1	800	0	1.300.600	3

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	666.000				666.000	1	500	666.500			6.660	666.500	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	382.800	1	300	383.100	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	2	382.800	383.100
Pensión	2	1.530.800	1.531.800
Riesgos Laborales	1	666.000	666.500
CCF	1	382.800	383.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2.962.400	2.964.500

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	21/10/2025	90715203	$2.964.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002193140	LEOTTAU CHAVEZ JESUS DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S								X									230201	1.443.720	231.000	0	0	0	0	EPS005	1.443.720	57.800	14-11	1.443.720	5	100.500	CCF24	1.443.720	57.800	0	0	0	0	0
3	CC	28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0
4	CC	79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	21/10/2025	90715166	$3.267.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	88.000	0		0		0	1	100	0	88.100	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	80.000	0		0		0	1	100	0	80.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	120.000	0		0		0	1	100	0	120.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	68.000	0		0		0	1	100	0	68.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	80.000	0		0		0	1	100	0	80.100	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	272.000	0	0	0	0	1	200	0	272.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	672.000	0	0	0	0	1	500	0	672.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	1	200	0	320.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	1	300	0	480.300	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	649.300				649.300	1	400	649.700			6.493	649.700	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	436.000	1	300	436.300	5

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	21/10/2025	90715166	$3.267.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	436.000	436.500
Pensión	4	1.744.000	1.745.200
Riesgos Laborales	1	649.300	649.700
CCF	1	436.000	436.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.265.300	3.267.700

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	21/10/2025	90715166	$3.267.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001067386	BOHORQUEZ CASTILLO JUAN DAVID	1	0			S																	230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS001	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
2	CC	80076132	BALLESTEROS QUINTERO CARLOS EDUARDO	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	80207119	BOHORQUEZ LESMES HAMILTON FERNEY	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
4	CC	1072168501	PEREZ VARON DEISY JOHANA	1	0			S																	230201	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS010	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	1	8.900	CCF24	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
5	CC	1026570158	VALENCIA SUAREZ JUAN FERNANDO	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	90715050	$4.727.000	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	57.000	0		0		0	3	200	0	57.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	3	200	0	97.900	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	79.000	0		0		0	3	200	0	79.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	231.500	0		0		0	3	500	0	232.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	144.500	0		0		0	3	300	0	144.800	2

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	1.069.900	0	0	0	0	3	2.000	0	1.071.900	3
230301	Porvenir	800224808-8	420.800	0	0	0	0	3	800	0	421.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	947.100	0	0	0	0	3	1.800	0	948.900	3

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	1.060.600				1.060.600	3	2.000	1.062.600			10.606	1.062.600	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	609.700	3	1.200	610.900	7

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	90715050	$4.727.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	5	609.700	611.100
Pensión	3	2.437.800	2.442.400
Riesgos Laborales	1	1.060.600	1.062.600
CCF	1	609.700	610.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.717.800	4.727.000

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	90715050	$4.727.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cdem. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	PT	6122135	REDONDO PENA MARLENE COROMOTO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC55	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	PT	6956462	REDONDO PEÑA MARY EUGENIA	1	0			S								X									230201	1.555.019	248.900	0	0	0	0	EPS037	1.555.019	62.300	14-11	1.555.019	5	108.300	CCF24	1.555.019	62.300	0	0	0	0	0
3	CC	86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S								X									25-14	2.054.348	328.700	0	0	0	0	EPS037	2.054.348	82.200	14-11	2.054.348	5	143.000	CCF24	2.054.348	82.200	0	0	0	0	0
4	CC	1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S																	230201	3.156.000	505.000	0	0	0	0	EPS017	3.156.000	126.300	14-11	3.156.000	5	219.700	CCF24	3.156.000	126.300	0	0	0	0	0
5	CC	52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	1	0			S																	25-14	2.440.640	390.600	0	0	0	0	EPS008	2.440.640	97.700	14-11	2.440.640	5	169.900	CCF24	2.440.640	97.700	0	0	0	0	0
6	CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S							X	X									230201	1.974.616	316.000	0	0	0	0	EPS010	1.974.616	79.000	14-11	1.974.616	5	137.500	CCF24	1.974.616	79.000	0	0	0	0	0
7	CC	1033781847	REYES LOPEZ ERIKA YURLEY	1	0			S																	230301	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS017	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	02/10/2025	89800722	$6.841.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.000	0		0		0	0	0	0	252.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	0	0	0	268.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	688.000	0	0	0	0	0	0		688.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	899.800	0	0	0	0	0	0		899.800	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	0	0		1.600.000	2

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	1.700.000				1.700.000	0	0	1.700.000			17.000	1.700.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	977.000	0	0	977.000	8

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	02/10/2025	89800722	$6.841.800	

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	5	977.000	977.000
Pensión	3	3.187.800	3.187.800
Riesgos Laborales	1	1.700.000	1.700.000
CCF	1	977.000	977.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	6.841.800	6.841.800

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	02/10/2025	89800722	$6.841.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cdem. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
7	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
8	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	57.000	0		0		0	5	200	0	57.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	5	400	0	98.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	68.900	0		0		0	5	300	0	69.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	231.500	0		0		0	5	800	0	232.300	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	129.000	0		0		0	5	500	0	129.500	2

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	1.008.400	0	0	0	0	5	3.200	0	1.011.600	3
230301	Porvenir	800224808-8	420.800	0	0	0	0	5	1.400	0	422.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	906.400	0	0	0	0	5	2.900	0	909.300	3

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	1.016.100				1.016.100	5	3.200	1.019.300			10.161	1.019.300	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	584.100	5	1.900	586.000	7

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	5	584.100	586.300
Pensión	3	2.335.600	2.343.100
Riesgos Laborales	1	1.016.100	1.019.300
CCF	1	584.100	586.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.519.900	4.534.700

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	PT	6122135	REDONDO PENA MARLENE COROMOTO	1	0			S	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC55	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	PT	6956462	REDONDO PEÑA MARY EUGENIA	1	0			S	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
4	CC	1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S																	230201	3.156.000	505.000	0	0	0	0	EPS017	3.156.000	126.300	14-11	3.156.000	5	219.700	CCF24	3.156.000	126.300	0	0	0	0	0
5	CC	52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	1	0			S																	25-14	2.440.640	390.600	0	0	0	0	EPS008	2.440.640	97.700	14-11	2.440.640	5	169.900	CCF24	2.440.640	97.700	0	0	0	0	0
6	CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S																	230201	1.721.940	275.600	0	0	0	0	EPS010	1.721.940	68.900	14-11	1.721.940	5	119.900	CCF24	1.721.940	68.900	0	0	0	0	0
7	CC	1033781847	REYES LOPEZ ERIKA YURLEY	1	0			S																	230301	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS017	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	294.800	0		0		0	1	200	0	295.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	477.400	0		0		0	1	300	0	477.700	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	394.000	0		0		0	1	300	0	394.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	443.100	0		0		0	1	300	0	443.400	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	88.800	0		0		0	1	100	0	88.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	63.700	0		0		0	1	100	0	63.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	150.900	0		0		0	1	100	0	151.000	2

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	2.084.300	0	0	0	0	1	1.400	0	2.085.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	3.880.100	0	0	0	0	1	2.500	0	3.882.600	8
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	1	300	0	320.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.364.800	0	0	0	0	1	900	0	1.365.700	4

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	3.327.900				3.327.900	1	2.100	3.330.000			33.279	3.330.000	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.912.700	1	1.300	1.914.000	18

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	7	1.912.700	1.914.100
Pensión	4	7.649.200	7.654.300
Riesgos Laborales	1	3.327.900	3.330.000
CCF	1	1.912.700	1.914.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	14.802.500	14.812.400

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S								X								230301	2.306.961	369.200	0	0	0	0	EPS005	2.306.961	92.300	14-11	2.306.961	5	160.600	CCF24	2.306.961	92.300	0	0	0	0	0
2	CC	1031127100	GARZON CHINCHILLA GINA PAOLA	1	0			S																231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031177268	VARGAS ORTIZ YEIMY YINED	1	0			S								X								230201	3.123.278	499.800	0	0	0	0	EPS002	3.123.278	125.000	14-11	3.123.278	5	217.400	CCF24	3.123.278	125.000	0	0	0	0	0
4	CC	1073326232	GARZON ALONSO ANDRES DAVID	1	0			S								X								230301	2.797.248	447.600	0	0	0	0	EPS005	2.797.248	111.900	14-11	2.797.248	5	194.700	CCF24	2.797.248	111.900	0	0	0	0	0
5	CC	1101451383	PEREZ BLANCO YAISON	1	0			S								X								230301	2.219.331	355.100	0	0	0	0	EPS037	2.219.331	88.800	14-11	2.219.331	5	154.500	CCF24	2.219.331	88.800	0	0	0	0	0
6	PT	1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S								X								230301	2.286.265	365.900	0	0	0	0	EPS017	2.286.265	91.500	14-11	2.286.265	5	159.200	CCF24	2.286.265	91.500	0	0	0	0	0
7	PT	4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S								X								25-14	2.152.657	344.500	0	0	0	0	EPSC34	2.152.657	86.200	14-11	2.152.657	5	149.900	CCF24	2.152.657	86.200	0	0	0	0	0
8	PT	6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S								X								230201	2.112.217	338.000	0	0	0	0	EPS002	2.112.217	84.500	14-11	2.112.217	5	147.100	CCF24	2.112.217	84.500	0	0	0	0	0
9	CC	79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S								X								230201	2.301.136	368.200	0	0	0	0	EPS017	2.301.136	92.100	14-11	2.301.136	5	160.200	CCF24	2.301.136	92.100	0	0	0	0	0
10	CC	79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X								25-14	2.130.682	341.000	0	0	0	0	EPS002	2.130.682	85.300	14-11	2.130.682	5	148.300	CCF24	2.130.682	85.300	0	0	0	0	0
11	CC	79564576	JIMENEZ ABDALA JULIO ISIDORO	1	0			S																25-14	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	0	0	0	0	0
12	CC	79735661	REYES AGUDELO ALEXANDER	1	0			S								X								230201	2.349.818	376.000	0	0	0	0	EPS008	2.349.818	94.000	14-11	2.349.818	5	163.600	CCF24	2.349.818	94.000	0	0	0	0	0
13	CC	79806123	RODRIGUEZ SANCHEZ HECTOR MANUEL	1	0			S																230301	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
14	CC	79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																230301	5.500.000	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	220.000	14-11	5.500.000	5	382.800	CCF24	5.500.000	220.000	0	0	0	0	0
15	CC	80722399	RINCON CARLOS ANDRES	1	0			S								X								230201	3.138.975	502.300	0	0	0	0	EPS017	3.138.975	125.600	14-11	3.138.975	5	218.500	CCF24	3.138.975	125.600	0	0	0	0	0
16	CC	80791906	LAGOS FUENTES SANTIAGO MIGUEL	1	0			S								X								230301	3.346.690	535.500	0	0	0	0	EPS017	3.346.690	133.900	14-11	3.346.690	5	233.000	CCF24	3.346.690	133.900	0	0	0	0	0
17	CC	8603337	BARANDICA DIAZ LEODAN	1	0			S								X								230301	1.592.048	254.800	0	0	0	0	EPS041	1.592.048	63.700	14-11	1.592.048	5	110.900	CCF24	1.592.048	63.700	0	0	0	0	0
18	PT	914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S								X								25-14	1.615.011	258.500	0	0	0	0	EPSC34	1.615.011	64.700	14-11	1.615.011	5	112.500	CCF24	1.615.011	64.700	0	0	0	0	0

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.000	0		0		0	1	200	0	252.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	1	200	0	268.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	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	688.000	0	0	0	0	1	500	0	688.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	899.800	0	0	0	0	1	600	0	900.400	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	1	1.100	0	1.601.100	2

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	1.700.000				1.700.000	1	1.100	1.701.100			17.000	1.701.100	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	977.000	1	700	977.700	8

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	977.000	977.900
Pensión	3	3.187.800	3.190.000
Riesgos Laborales	1	1.700.000	1.701.100
CCF	1	977.000	977.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	6.841.800	6.846.700

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
7	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
8	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545629	$3.265.300	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	88.000	0		0		0	0	0	0	88.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	68.000	0		0		0	0	0	0	68.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	272.000	0	0	0	0	0	0		272.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	672.000	0	0	0	0	0	0		672.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	649.300				649.300	0	0	649.300			6.493	649.300	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	436.000	0	0	436.000	5

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545629	$3.265.300	

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	5	436.000	436.000
Pensión	4	1.744.000	1.744.000
Riesgos Laborales	1	649.300	649.300
CCF	1	436.000	436.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.265.300	3.265.300

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545629	$3.265.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001067386	BOHORQUEZ CASTILLO JUAN DAVID	1	0			S																	230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS001	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
2	CC	80076132	BALLESTEROS QUINTERO CARLOS EDUARDO	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	80207119	BOHORQUEZ LESMES HAMILTON FERNEY	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
4	CC	1072168501	PEREZ VARON DEISY JOHANA	1	0			S																	230201	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS010	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	1	8.900	CCF24	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
5	CC	1026570158	VALENCIA SUAREZ JUAN FERNANDO	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545648	$2.956.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.000	0		0		0	0	0	0	274.000	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.299.800	0	0	0	0	0	0		1.299.800	3

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	664.600				664.600	0	0	664.600			6.646	664.600	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	382.000	0	0	382.000	4

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	2	382.000	382.000
Pensión	2	1.527.600	1.527.600
Riesgos Laborales	1	664.600	664.600
CCF	1	382.000	382.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2.956.200	2.956.200

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545648	$2.956.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002193140	LEOTTAU CHAVEZ JESUS DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0
4	CC	79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.000	0		0		0	1	200	0	252.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	1	200	0	268.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	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	688.000	0	0	0	0	1	500	0	688.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	899.800	0	0	0	0	1	600	0	900.400	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	1	1.100	0	1.601.100	2

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	1.700.000				1.700.000	1	1.100	1.701.100			17.000	1.701.100	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	977.000	1	700	977.700	8

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	977.000	977.900
Pensión	3	3.187.800	3.190.000
Riesgos Laborales	1	1.700.000	1.701.100
CCF	1	977.000	977.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	6.841.800	6.846.700

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	90636744	$6.846.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
7	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
8	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545648	$2.956.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.000	0		0		0	0	0	0	274.000	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.299.800	0	0	0	0	0	0		1.299.800	3

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	664.600				664.600	0	0	664.600			6.646	664.600	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	382.000	0	0	382.000	4

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	2	382.000	382.000
Pensión	2	1.527.600	1.527.600
Riesgos Laborales	1	664.600	664.600
CCF	1	382.000	382.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2.956.200	2.956.200

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	20/11/2025	91545648	$2.956.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002193140	LEOTTAJ CHAVEZ JESUS DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0
4	CC	79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	57.000	0		0		0	5	200	0	57.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	5	400	0	98.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	68.900	0		0		0	5	300	0	69.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	231.500	0		0		0	5	800	0	232.300	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	129.000	0		0		0	5	500	0	129.500	2

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	1.008.400	0	0	0	0	5	3.200	0	1.011.600	3
230301	Porvenir	800224808-8	420.800	0	0	0	0	5	1.400	0	422.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	906.400	0	0	0	0	5	2.900	0	909.300	3

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	1.016.100				1.016.100	5	3.200	1.019.300			10.161	1.019.300	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	584.100	5	1.900	586.000	7

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	5	584.100	586.300
Pensión	3	2.335.600	2.343.100
Riesgos Laborales	1	1.016.100	1.019.300
CCF	1	584.100	586.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.519.900	4.534.700

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	25/11/2025	91638596	$4.534.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	PT	6122135	REDONDO PENA MARLENE COROMOTO	1	0			S	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC55	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	PT	6956462	REDONDO PEÑA MARY EUGENIA	1	0			S	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
4	CC	1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S																	230201	3.156.000	505.000	0	0	0	0	EPS017	3.156.000	126.300	14-11	3.156.000	5	219.700	CCF24	3.156.000	126.300	0	0	0	0	0
5	CC	52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	1	0			S																	25-14	2.440.640	390.600	0	0	0	0	EPS008	2.440.640	97.700	14-11	2.440.640	5	169.900	CCF24	2.440.640	97.700	0	0	0	0	0
6	CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S																	230201	1.721.940	275.600	0	0	0	0	EPS010	1.721.940	68.900	14-11	1.721.940	5	119.900	CCF24	1.721.940	68.900	0	0	0	0	0
7	CC	1033781847	REYES LOPEZ ERIKA YURLEY	1	0			S																	230301	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS017	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	294.800	0		0		0	1	200	0	295.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	477.400	0		0		0	1	300	0	477.700	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	394.000	0		0		0	1	300	0	394.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	443.100	0		0		0	1	300	0	443.400	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	88.800	0		0		0	1	100	0	88.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	63.700	0		0		0	1	100	0	63.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	150.900	0		0		0	1	100	0	151.000	2

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	2.084.300	0	0	0	0	1	1.400	0	2.085.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	3.880.100	0	0	0	0	1	2.500	0	3.882.600	8
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	1	300	0	320.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.364.800	0	0	0	0	1	900	0	1.365.700	4

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	3.327.900				3.327.900	1	2.100	3.330.000			33.279	3.330.000	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.912.700	1	1.300	1.914.000	18

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	7	1.912.700	1.914.100
Pensión	4	7.649.200	7.654.300
Riesgos Laborales	1	3.327.900	3.330.000
CCF	1	1.912.700	1.914.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	14.802.500	14.812.400

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	13/11/2025	91454485	$14.812.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AYP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional ce subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S								X								230301	2.306.961	369.200	0	0	0	0	EPS005	2.306.961	92.300	14-11	2.306.961	5	160.600	CCF24	2.306.961	92.300	0	0	0	0	0
2	CC	1031127100	GARZON CHINCHILLA GINA PAOLA	1	0			S																231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031177268	VARGAS ORTIZ YEIMY YINED	1	0			S								X								230201	3.123.278	499.800	0	0	0	0	EPS002	3.123.278	125.000	14-11	3.123.278	5	217.400	CCF24	3.123.278	125.000	0	0	0	0	0
4	CC	1073326232	GARZON ALONSO ANDRES DAVID	1	0			S								X								230301	2.797.248	447.600	0	0	0	0	EPS005	2.797.248	111.900	14-11	2.797.248	5	194.700	CCF24	2.797.248	111.900	0	0	0	0	0
5	CC	1101451383	PEREZ BLANCO YAISON	1	0			S								X								230301	2.219.331	355.100	0	0	0	0	EPS037	2.219.331	88.800	14-11	2.219.331	5	154.500	CCF24	2.219.331	88.800	0	0	0	0	0
6	PT	1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S								X								230301	2.286.265	365.900	0	0	0	0	EPS017	2.286.265	91.500	14-11	2.286.265	5	159.200	CCF24	2.286.265	91.500	0	0	0	0	0
7	PT	4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S								X								25-14	2.152.657	344.500	0	0	0	0	EPSC34	2.152.657	86.200	14-11	2.152.657	5	149.900	CCF24	2.152.657	86.200	0	0	0	0	0
8	PT	6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S								X								230201	2.112.217	338.000	0	0	0	0	EPS002	2.112.217	84.500	14-11	2.112.217	5	147.100	CCF24	2.112.217	84.500	0	0	0	0	0
9	CC	79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S								X								230201	2.301.136	368.200	0	0	0	0	EPS017	2.301.136	92.100	14-11	2.301.136	5	160.200	CCF24	2.301.136	92.100	0	0	0	0	0
10	CC	79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X								25-14	2.130.682	341.000	0	0	0	0	EPS002	2.130.682	85.300	14-11	2.130.682	5	148.300	CCF24	2.130.682	85.300	0	0	0	0	0
11	CC	79564576	JIMENEZ ABDALA JULIO ISIDORO	1	0			S																25-14	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	0	0	0	0	0
12	CC	79735661	REYES AGUDELO ALEXANDER	1	0			S								X								230201	2.349.818	376.000	0	0	0	0	EPS008	2.349.818	94.000	14-11	2.349.818	5	163.600	CCF24	2.349.818	94.000	0	0	0	0	0
13	CC	79806123	RODRIGUEZ SANCHEZ HECTOR MANUEL	1	0			S																230301	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
14	CC	79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																230301	5.500.000	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	220.000	14-11	5.500.000	5	382.800	CCF24	5.500.000	220.000	0	0	0	0	0
15	CC	80722399	RINCON CARLOS ANDRES	1	0			S								X								230201	3.138.975	502.300	0	0	0	0	EPS017	3.138.975	125.600	14-11	3.138.975	5	218.500	CCF24	3.138.975	125.600	0	0	0	0	0
16	CC	80791906	LAGOS FUENTES SANTIAGO MIGUEL	1	0			S								X								230301	3.346.690	535.500	0	0	0	0	EPS017	3.346.690	133.900	14-11	3.346.690	5	233.000	CCF24	3.346.690	133.900	0	0	0	0	0
17	CC	8603337	BARANDICA DIAZ LEODAN	1	0			S								X								230301	1.592.048	254.800	0	0	0	0	EPS041	1.592.048	63.700	14-11	1.592.048	5	110.900	CCF24	1.592.048	63.700	0	0	0	0	0
18	PT	914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S								X								25-14	1.615.011	258.500	0	0	0	0	EPSC34	1.615.011	64.700	14-11	1.615.011	5	112.500	CCF24	1.615.011	64.700	0	0	0	0	0

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	79406468	JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO	CL 150A # 96A-71 INT 09 APTO 201	3002843352	scorpionmg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I		91960922	$851.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	167.100				167.100	0	0	167.100			1.671	167.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	167.100	167.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	851.100	851.100

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
CC	79406468	JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO		CL 150A # 96A-71 INT 09 APTO 201	3002843352	scorpionmg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I		91960922	$851.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79406468	GONZALEZ CAYCEDO JOSE MAURICIO	57	0			N																	230201	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	5	167.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL / 004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	21/01/2026	27572505	$2.868.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	262.600	0		0		0	0	0	0	262.600	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.254.300	0	0	0	0	0	0		1.254.300	3

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	644.800				644.800	0	0	644.800			6.448	644.800	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	370.600	0	0	370.600	4

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	2	370.600	370.600
Pensión	2	1.482.100	1.482.100
Riesgos Laborales	1	644.800	644.800
CCF	1	370.600	370.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2.868.100	2.868.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	21/01/2026	27572505	$2.868.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002193140	LEOTTAU CHAVEZ JESUS DAVID	1	0			S	X																230301	1.138.800	182.300	0	0	0	0	EPS005	1.138.800	45.600	14-11	1.138.800	5	79.300	CCF24	1.138.800	45.600	0	0	0	0	0
2	CC	1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0
4	CC	79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	14/01/2026	27054621	$14.043.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	284.500	0		0		0	1	200	0	284.700	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.100	0		0		0	1	300	0	462.400	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	392.200	0		0		0	1	300	0	392.500	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	427.900	0		0		0	1	300	0	428.200	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	48.200	0		0		0	1	100	0	48.300	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	69.000	0		0		0	1	100	0	69.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	129.700	0		0		0	1	100	0	129.800	2

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	2.018.800	0	0	0	0	1	1.300	0	2.020.100	5
230301	Porvenir	800224808-8	3.628.300	0	0	0	0	1	2.300	0	3.630.600	8
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	1	200	0	320.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.284.700	0	0	0	0	1	800	0	1.285.500	4

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	3.155.100				3.155.100	1	2.000	3.157.100			31.551	3.157.100	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.813.600	1	1.200	1.814.800	18

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	14/01/2026	27054621	$14.043.300	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	7	1.813.600	1.815.000
Pensión	4	7.251.800	7.256.400
Riesgos Laborales	1	3.155.100	3.157.100
CCF	1	1.813.600	1.814.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	14.034.100	14.043.300

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	14/01/2026	27054621	$14.043.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S								X								230301	2.283.172	365.400	0	0	0	0	EPS005	2.283.172	91.400	14-11	2.283.172	5	159.000	CCF24	2.283.172	91.400	0	0	0	0	0
2	CC	1031127100	GARZON CHINCHILLA GINA PAOLA	1	0			S																231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031177268	VARGAS ORTIZ YEIMY YINED	1	0			S								X								230201	2.921.666	467.500	0	0	0	0	EPS002	2.921.666	116.900	14-11	2.921.666	5	203.400	CCF24	2.921.666	116.900	0	0	0	0	0
4	CC	1073326232	GARZON ALONSO ANDRES DAVID	1	0			S								X								230301	2.385.445	381.700	0	0	0	0	EPS005	2.385.445	95.500	14-11	2.385.445	5	166.100	CCF24	2.385.445	95.500	0	0	0	0	0
5	CC	1101451383	PEREZ BLANCO YAISON	1	0			S	X							X								230301	1.202.696	192.500	0	0	0	0	EPS037	1.202.696	48.200	14-11	1.202.696	5	83.800	CCF24	1.202.696	48.200	0	0	0	0	0
6	CC	79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S								X								230201	2.312.994	370.100	0	0	0	0	EPS017	2.312.994	92.600	14-11	2.312.994	5	161.000	CCF24	2.312.994	92.600	0	0	0	0	0
7	CC	79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X								25-14	2.159.091	345.500	0	0	0	0	EPS002	2.159.091	86.400	14-11	2.159.091	5	150.300	CCF24	2.159.091	86.400	0	0	0	0	0
8	CC	79564576	JIMENEZ ABDALA JULIO ISIDORO	1	0			S																25-14	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	0	0	0	0	0
9	CC	79735661	REYES AGUDELO ALEXANDER	1	0			S																230201	2.304.000	368.700	0	0	0	0	EPS008	2.304.000	92.200	14-11	2.304.000	5	160.400	CCF24	2.304.000	92.200	0	0	0	0	0
10	CC	79806123	RODRIGUEZ SANCHEZ HECTOR MANUEL	1	0			S								X								230301	4.247.935	679.700	0	0	0	0	EPS005	4.247.935	170.000	14-11	4.247.935	5	295.700	CCF24	4.247.935	170.000	0	0	0	0	0
11	CC	79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																230301	5.500.000	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	220.000	14-11	5.500.000	5	382.800	CCF24	5.500.000	220.000	0	0	0	0	0
12	CC	80722399	RINCON CARLOS ANDRES	1	0			S								X								230201	3.049.704	488.000	0	0	0	0	EPS017	3.049.704	122.000	14-11	3.049.704	5	212.300	CCF24	3.049.704	122.000	0	0	0	0	0
13	CC	80791906	LAGOS FUENTES SANTIAGO MIGUEL	1	0			S								X								230301	3.196.023	511.400	0	0	0	0	EPS017	3.196.023	127.900	14-11	3.196.023	5	222.500	CCF24	3.196.023	127.900	0	0	0	0	0
14	CC	8603337	BARANDICA DIAZ LEODAN	1	0			S	X							X								230301	1.724.681	276.000	0	0	0	0	EPS041	1.724.681	69.000	14-11	1.724.681	5	120.100	CCF24	1.724.681	69.000	0	0	0	0	0
15	PT	1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S								X								230301	2.134.659	341.600	0	0	0	0	EPS017	2.134.659	85.400	14-11	2.134.659	5	148.600	CCF24	2.134.659	85.400	0	0	0	0	0
16	PT	4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S								X								25-14	1.674.230	267.900	0	0	0	0	EPSC34	1.674.230	67.000	14-11	1.674.230	5	116.600	CCF24	1.674.230	67.000	0	0	0	0	0
17	PT	6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S								X								230201	2.027.925	324.500	0	0	0	0	EPS002	2.027.925	81.200	14-11	2.027.925	5	141.200	CCF24	2.027.925	81.200	0	0	0	0	0
18	PT	914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S								X								25-14	1.565.041	250.500	0	0	0	0	EPSC34	1.565.041	62.700	14-11	1.565.041	5	109.000	CCF24	1.565.041	62.700	0	0	0	0	0

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	1	200	0	290.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	1	200	0	268.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	1	100	0	70.200	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	712.000	0	0	0	0	1	500	0	712.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.080.200	0	0	0	0	1	700	0	1.080.900	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	1	1.100	0	1.601.100	2

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	1.789.000				1.789.000	1	1.200	1.790.200			17.890	1.790.200	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.028.100	1	700	1.028.800	8

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	1.028.100	1.029.000
Pensión	3	3.392.200	3.394.500
Riesgos Laborales	1	1.789.000	1.790.200
CCF	1	1.028.100	1.028.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.237.400	7.242.500

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cdem. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S							X										231001	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	112.000	14-11	2.800.000	5	194.900	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S							X										230301	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	5	135.800	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
5	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
6	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
7	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
8	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	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	79406468	JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO	CL 150A # 96A-71 INT 09 APTO 201	3002843352	scorpionmg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	14/01/2026	1180312	$851.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	167.100				167.100	0	0	167.100			1.671	167.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	167.100	167.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	851.100	851.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79406468	JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO		CL 150A # 96A-71 INT 09 APTO 201	3002843352	scorpionmg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	14/01/2026	1180312	$851.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79406468	GONZALEZ CAYCEDO JOSE MAURICIO	57	0			N																	230201	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	5	167.100		0	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55811531	$3.369.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	88.000	0		0		0	5	300	0	88.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	80.000	0		0		0	5	300	0	80.300	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	120.000	0		0		0	5	400	0	120.400	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	78.000	0		0		0	5	300	0	78.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	84.100	0		0		0	5	300	0	84.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	312.000	0	0	0	0	5	1.000	0	313.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	672.000	0	0	0	0	5	2.200	0	674.200	2
231001	Colfondos	800227940-6	336.400	0	0	0	0	5	1.100	0	337.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	5	1.600	0	481.600	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	657.700				657.700	5	2.100	659.800			6.577	659.800	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	450.100	5	1.500	451.600	5

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55811531	$3.369.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	5	450.100	451.700
Pensión	4	1.800.400	1.806.300
Riesgos Laborales	1	657.700	659.800
CCF	1	450.100	451.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.358.300	3.369.400

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55811531	$3.369.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001067386	BOHORQUEZ CASTILLO JUAN DAVID	1	0			S																	230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS001	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
2	CC	80076132	BALLESTEROS QUINTERO CARLOS EDUARDO	1	0			S							X										231001	2.102.000	336.400	0	0	0	0	EPS017	2.102.000	84.100	14-11	2.102.000	5	146.300	CCF24	2.102.000	84.100	0	0	0	0	0
3	CC	80207119	BOHORQUEZ LESMES HAMILTON FERNEY	1	0			S																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
4	CC	1072168501	PEREZ VARON DEISY JOHANA	1	0			S							X										230201	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS010	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	1	10.200	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
5	CC	1026570158	VALENCIA SUAREZ JUAN FERNANDO	1	0			S	X																230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55810630	$3.900.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	102.700	0		0		0	6	400	0	103.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	78.000	0		0		0	6	300	0	78.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	243.300	0		0		0	6	1.000	0	244.300	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	78.000	0		0		0	6	300	0	78.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	842.800	0	0	0	0	6	3.300	0	846.100	2
230301	Porvenir	800224808-8	442.300	0	0	0	0	6	1.700	0	444.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	722.500	0	0	0	0	6	2.800	0	725.300	2

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	873.500				873.500	6	3.400	876.900			8.735	876.900	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	502.000	6	2.000	504.000	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	4	502.000	504.000
Pensión	3	2.007.600	2.015.400
Riesgos Laborales	1	873.500	876.900
CCF	1	502.000	504.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	3.885.100	3.900.300

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
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55810630	$3.900.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S							X									25-14	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS037	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	5	135.800	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
2	CC	1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S							X									230201	3.316.956	530.800	0	0	0	0	EPS017	3.316.956	132.700	14-11	3.316.956	5	230.900	CCF24	3.316.956	132.700	0	0	0	0	0
3	CC	52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	1	0			S							X									25-14	2.565.113	410.500	0	0	0	0	EPS008	2.565.113	102.700	14-11	2.565.113	5	178.600	CCF24	2.565.113	102.700	0	0	0	0	0
4	CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S							X									230201	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS010	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	5	135.800	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
5	CC	1033781847	REYES LOPEZ ERIKA YURLEY	1	0			S							X									230301	2.764.130	442.300	0	0	0	0	EPS017	2.764.130	110.600	14-11	2.764.130	5	192.400	CCF24	2.764.130	110.600	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55812457	$3.167.000	

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	56.100	0		0		0	5	200	0	56.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	238.300	0		0		0	5	800	0	239.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	113.600	0		0		0	5	400	0	114.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	5	900	0	281.100	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.351.000	0	0	0	0	5	4.300	0	1.355.300	3

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	709.600				709.600	5	2.300	711.900			7.096	711.900	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	408.000	5	1.300	409.300	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	3	408.000	409.400
Pensión	2	1.631.200	1.636.400
Riesgos Laborales	1	709.600	711.900
CCF	1	408.000	409.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.156.800	3.167.000

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS		CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	23/02/2026	55812457	$3.167.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015404233	ARANGUREN RUBIO OSCAR IVAN	1	0			S	X																230301	1.400.724	224.200	0	0	0	0	EPS002	1.400.724	56.100	14-11	1.400.724	5	97.500	CCF24	1.400.724	56.100	0	0	0	0	0
2	CC	1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
3	CC	28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S							X										230301	2.837.700	454.100	0	0	0	0	EPS010	2.837.700	113.600	14-11	2.837.700	5	197.600	CCF24	2.837.700	113.600	0	0	0	0	0
4	CC	79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S							X										230301	4.204.000	672.700	0	0	0	0	EPS005	4.204.000	168.200	14-11	4.204.000	5	292.600	CCF24	4.204.000	168.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	50109128	$15.347.700	

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	362.700	0		0		0	1	300	0	363.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	557.500	0		0		0	1	400	0	557.900	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	392.200	0		0		0	1	300	0	392.500	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	461.700	0		0		0	1	300	0	462.000	4
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	207.800	0		0		0	1	200	0	208.000	2

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	2.300.500	0	0	0	0	1	1.500	0	2.302.000	5
230301	Porvenir	800224808-8	3.675.500	0	0	0	0	1	2.400	0	3.677.900	6
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	1	300	0	320.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.629.600	0	0	0	0	1	1.100	0	1.630.700	4

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	3.448.000				3.448.000	1	2.200	3.450.200			34.480	3.450.200	16

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.981.900	1	1.300	1.983.200	16

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	50109128	$15.347.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	1.981.900	1.983.400
Pensión	4	7.925.600	7.930.900
Riesgos Laborales	1	3.448.000	3.450.200
CCF	1	1.981.900	1.983.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	15.337.400	15.347.700

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS		CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	50109128	$15.347.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S								X								230301	3.112.328	498.000	0	0	0	0	EPS005	3.112.328	124.500	14-11	3.112.328	5	216.700	CCF24	3.112.328	124.500	0	0	0	0	0
2	CC	1031127100	GARZON CHINCHILLA GINA PAOLA	1	0			S																231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031177268	VARGAS ORTIZ YEIMY YINED	1	0			S								X								230201	3.875.149	620.100	0	0	0	0	EPS002	3.875.149	155.100	14-11	3.875.149	5	269.800	CCF24	3.875.149	155.100	0	0	0	0	0
4	CC	1073326232	GARZON ALONSO ANDRES DAVID	1	0			S								X								230301	3.209.549	513.600	0	0	0	0	EPS005	3.209.549	128.400	14-11	3.209.549	5	223.400	CCF24	3.209.549	128.400	0	0	0	0	0
5	CC	79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S								X								230201	2.502.619	400.500	0	0	0	0	EPS017	2.502.619	100.200	14-11	2.502.619	5	174.200	CCF24	2.502.619	100.200	0	0	0	0	0
6	CC	79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X								25-14	2.361.146	377.800	0	0	0	0	EPS002	2.361.146	94.500	14-11	2.361.146	5	164.400	CCF24	2.361.146	94.500	0	0	0	0	0
7	CC	79806123	RODRIGUEZ SANCHEZ HECTOR MANUEL	1	0			S								X								230301	4.983.557	797.400	0	0	0	0	EPS005	4.983.557	199.400	14-11	4.983.557	5	346.900	CCF24	4.983.557	199.400	0	0	0	0	0
8	CC	79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																230301	5.500.000	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	220.000	14-11	5.500.000	5	382.800	CCF24	5.500.000	220.000	0	0	0	0	0
9	CC	80722399	RINCON CARLOS ANDRES	1	0			S								X								230201	2.868.409	459.000	0	0	0	0	EPS017	2.868.409	114.800	14-11	2.868.409	5	199.700	CCF24	2.868.409	114.800	0	0	0	0	0
10	CC	80791906	LAGOS FUENTES SANTIAGO MIGUEL	1	0			S								X								230301	3.657.870	585.300	0	0	0	0	EPS017	3.657.870	146.400	14-11	3.657.870	5	254.600	CCF24	3.657.870	146.400	0	0	0	0	0
11	PT	1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S								X								230301	2.507.112	401.200	0	0	0	0	EPS017	2.507.112	100.300	14-11	2.507.112	5	174.500	CCF24	2.507.112	100.300	0	0	0	0	0
12	PT	4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S								X								25-14	3.011.046	481.800	0	0	0	0	EPSC34	3.011.046	120.500	14-11	3.011.046	5	209.600	CCF24	3.011.046	120.500	0	0	0	0	0
13	PT	6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S								X								230201	2.826.209	452.200	0	0	0	0	EPS002	2.826.209	113.100	14-11	2.826.209	5	196.800	CCF24	2.826.209	113.100	0	0	0	0	0
14	PT	914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S								X								25-14	2.182.091	349.200	0	0	0	0	EPSC34	2.182.091	87.300	14-11	2.182.091	5	151.900	CCF24	2.182.091	87.300	0	0	0	0	0
15	CC	79564576	JIMENEZ ABDALA JULIO ISIDORO	1	0			S																25-14	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	0	0	0	0	0
16	CC	79735661	REYES AGUDELO ALEXANDER	1	0			S																230201	2.304.000	368.700	0	0	0	0	EPS008	2.304.000	92.200	14-11	2.304.000	5	160.400	CCF24	2.304.000	92.200	0	0	0	0	0

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	1	200	0	290.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	1	200	0	268.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	1	100	0	70.200	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	712.000	0	0	0	0	1	500	0	712.500	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.080.200	0	0	0	0	1	700	0	1.080.900	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	1	1.100	0	1.601.100	2

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	1.789.000				1.789.000	1	1.200	1.790.200			17.890	1.790.200	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.028.100	1	700	1.028.800	8

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	1.028.100	1.029.000
Pensión	3	3.392.200	3.394.500
Riesgos Laborales	1	1.789.000	1.790.200
CCF	1	1.028.100	1.028.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.237.400	7.242.500

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	04/02/2026	46535314	$7.242.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S							X										231001	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	112.000	14-11	2.800.000	5	194.900	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S							X										230301	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	5	135.800	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
5	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
6	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
7	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
8	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61182298	05/03/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$25,700,905	$7.247.100	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	2	300	0	200.300	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	2	300	0	200.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	2	400	0	290.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	2	400	0	268.400	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	2	100	0	70.200	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	712.000	0	0	0	0	2	1.000	0	713.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.080.200	0	0	0	0	2	1.400	0	1.081.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	2	2.100	0	1.602.100	2

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	1.789.000				1.789.000	2	2.300	1.791.300			17.890	1.791.300	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.028.100	2	1.400	1.029.500	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	5	1.028.100	1.029.600
Pensión	3	3.392.200	3.396.700
Riesgos Laborales	1	1.789.000	1.791.300
CCF	1	1.028.100	1.029.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.237.400	7.247.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61182298	05/03/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$25,700,905	$7.247.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	30	112.000	14-11	2.800.000	30	5	194.900	CCF24	2.800.000	30	112.000	0	0	0	0	0
3	CC 11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
4	CC 26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.950.000	30	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	30	78.000	14-11	1.950.000	30	5	135.800	CCF24	1.950.000	30	78.000	0	0	0	0	0
5	CC 79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
6	CC 79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
7	CC 36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
8	CC 52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	5	153.200	CCF24	2.200.000	30	88.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71895177	10/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$13,749,901	$4.322.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	70.100	0		0		0	23	1.100	0	71.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	238.300	0		0		0	23	3.700	0	242.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	113.600	0		0		0	23	1.800	0	115.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	128.300	0		0		0	23	2.000	0	130.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	793.300	0	0	0	0	23	12.000	0	805.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.407.000	0	0	0	0	23	21.300	0	1.428.300	3

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	957.200				957.200	23	14.500	971.700			9.572	971.700	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	550.300	23	8.400	558.700	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	23	0	0	0
ICBF				
0	23	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	4	550.300	558.900
Pensión	2	2.200.300	2.233.600
Riesgos Laborales	1	957.200	971.700
CCF	1	550.300	558.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.258.100	4.322.900

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO / 004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71895177	10/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$13,749,901	$4.322.900	

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	Cotiz. extranjero	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 1015404233	ARANGUREN RUBIO OSCAR IVAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S	X																230201	3.206.391	29	513.100	0	0	0	0	EPS017	3.206.391	29	128.300	14-11	3.206.391	29	5	223.200	CCF24	3.206.391	29	128.300	0	0	0	0	0
3	CC 1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.837.700	30	454.100	0	0	0	0	EPS010	2.837.700	30	113.600	14-11	2.837.700	30	5	197.600	CCF24	2.837.700	30	113.600	0	0	0	0	0
5	CC 79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.204.000	30	672.700	0	0	0	0	EPS005	4.204.000	30	168.200	14-11	4.204.000	30	5	292.600	CCF24	4.204.000	30	168.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75994969	17/04/2026	13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,392,524	$8.506.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	220.800	0		0		0	4	600	0	221.400	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	308.000	0		0		0	4	900	0	308.900	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	220.000	0		0		0	4	600	0	220.600	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	5.200	0		0		0	4	100	0	5.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	106.900	0		0		0	4	300	0	107.200	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	91.500	0		0		0	4	300	0	91.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	143.800	0		0		0	4	400	0	144.200	2

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	880.500	0	0	0	0	4	2.400	0	882.900	4
230301	Porvenir	800224808-8	2.152.700	0	0	0	0	4	5.900	0	2.158.600	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.350.000	0	0	0	0	4	3.700	0	1.353.700	4

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	1.907.100				1.907.100	4	5.200	1.912.300			19.071	1.912.300	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.096.200	4	3.000	1.099.200	13

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	7	1.096.200	1.099.400
Pensión	3	4.383.200	4.395.200
Riesgos Laborales	1	1.907.100	1.912.300
CCF	1	1.096.200	1.099.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	8.482.700	8.506.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL 001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75994969	17/04/2026	13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,392,524	$8.506.100	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75994969	17/04/2026	13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,392,524	$8.506.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
2	CC 1073326232	GARZON ALONSO ANDRES DAVID	1	0			S	X							X									230301	1.613.864	21	258.300	0	0	0	0	EPS005	1.613.864	21	64.600	14-11	1.613.864	21	5	112.400	CCF24	1.613.864	21	64.600	0	0	0	0	0
3	CC 79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S								X									230201	2.133.409	30	341.400	0	0	0	0	EPS017	2.133.409	30	85.400	14-11	2.133.409	30	5	148.500	CCF24	2.133.409	30	85.400	0	0	0	0	0
4	CC 79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S								X									25-14	2.559.318	30	409.500	0	0	0	0	EPS002	2.559.318	30	102.400	14-11	2.559.318	30	5	178.200	CCF24	2.559.318	30	102.400	0	0	0	0	0
5	CC 79806123	RODRIGUEZ SANCHEZ HECTOR MANUEL	1	0			S	X							X									230301	4.283.523	30	685.400	0	0	0	0	EPS005	4.283.523	30	171.400	14-11	4.283.523	30	5	298.200	CCF24	4.283.523	30	171.400	0	0	0	0	0
6	CC 79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																	230301	5.500.000	30	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	30	220.000	14-11	5.500.000	30	5	382.800	CCF24	5.500.000	30	220.000	0	0	0	0	0
7	CC 80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S	X																230201	130.000	2	20.800	0	0	0	0	EPS010	130.000	2	5.200	14-11	130.000	2	5	9.100	CCF24	130.000	2	5.200	0	0	0	0	0
8	CC 80722399	RINCON CARLOS ANDRES	1	0			S	X																230201	280.000	3	44.800	0	0	0	0	EPS017	280.000	3	11.200	14-11	280.000	3	5	19.500	CCF24	280.000	3	11.200	0	0	0	0	0
9	CC 86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S								X									25-14	2.285.932	30	365.800	0	0	0	0	EPS037	2.285.932	30	91.500	14-11	2.285.932	30	5	159.200	CCF24	2.285.932	30	91.500	0	0	0	0	0
10	PT 1897266	DELGADO FERRER HENRY JOSE	1	0			S	X							X									230301	256.004	2	41.000	0	0	0	0	EPS017	256.004	2	10.300	14-11	256.004	2	5	17.900	CCF24	256.004	2	10.300	0	0	0	0	0
11	PT 4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	PT 6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S								X									230201	2.959.129	30	473.500	0	0	0	0	EPS002	2.959.129	30	118.400	14-11	2.959.129	30	5	206.000	CCF24	2.959.129	30	118.400	0	0	0	0	0
13	PT 914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S								X									25-14	1.840.440	30	294.500	0	0	0	0	EPSC34	1.840.440	30	73.700	14-11	1.840.440	30	5	128.100	CCF24	1.840.440	30	73.700	0	0	0	0	0

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74863367	13/04/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$26,000,905	$7.365.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	7	1.000	0	201.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	7	1.000	0	201.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	7	1.400	0	291.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	280.000	0		0		0	7	1.400	0	281.400	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	7	400	0	70.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	712.000	0	0	0	0	7	3.400	0	715.400	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.128.200	0	0	0	0	7	5.400	0	1.133.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	7	7.600	0	1.607.600	2

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	1.809.800				1.809.800	7	8.600	1.818.400			18.098	1.818.400	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.040.100	7	5.000	1.045.100	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	5	1.040.100	1.045.300
Pensión	3	3.440.200	3.456.600
Riesgos Laborales	1	1.809.800	1.818.400
CCF	1	1.040.100	1.045.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.330.200	7.365.400

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74863367	13/04/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$26,000,905	$7.365.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	30	112.000	14-11	2.800.000	30	5	194.900	CCF24	2.800.000	30	112.000	0	0	0	0	0
3	CC 11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
4	CC 26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.950.000	30	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	30	78.000	14-11	1.950.000	30	5	135.800	CCF24	1.950.000	30	78.000	0	0	0	0	0
5	CC 79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
6	CC 79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
7	CC 36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
8	CC 52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S							X										231001	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85395731	25/05/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$13,860,466	$4.305.000	

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	70.100	0		0		0	4	300	0	70.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	238.300	0		0		0	4	700	0	239.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	113.600	0		0		0	4	400	0	114.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	132.700	0		0		0	4	400	0	133.100	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	811.000	0	0	0	0	4	2.400	0	813.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.407.000	0	0	0	0	4	4.100	0	1.411.100	3

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	964.900				964.900	4	2.800	967.700			9.649	967.700	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	554.700	4	1.600	556.300	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	4	554.700	556.500
Pensión	2	2.218.000	2.224.500
Riesgos Laborales	1	964.900	967.700
CCF	1	554.700	556.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.292.300	4.305.000

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO 004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85395731	25/05/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$13,860,466	$4.305.000	

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	Cotiza en 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 1015404233	ARANGUREN RUBIO OSCAR IVAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S																	230201	3.316.956	30	530.800	0	0	0	0	EPS017	3.316.956	30	132.700	14-11	3.316.956	30	5	230.900	CCF24	3.316.956	30	132.700	0	0	0	0	0
3	CC 1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.837.700	30	454.100	0	0	0	0	EPS010	2.837.700	30	113.600	14-11	2.837.700	30	5	197.600	CCF24	2.837.700	30	113.600	0	0	0	0	0
5	CC 79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.204.000	30	672.700	0	0	0	0	EPS005	4.204.000	30	168.200	14-11	4.204.000	30	5	292.600	CCF24	4.204.000	30	168.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83507259	15/05/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$16,412,172	$5.093.500	

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	150.100	0		0		0	3	400	0	150.500	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	72.000	0		0		0	3	200	0	72.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	220.000	0		0		0	3	500	0	220.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	80.000	0		0		0	3	200	0	80.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	36.400	0		0		0	3	100	0	36.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	98.200	0		0		0	3	300	0	98.500	2

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	600.200	0	0	0	0	3	1.300	0	601.500	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.168.000	0	0	0	0	3	2.600	0	1.170.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	857.900	0	0	0	0	3	1.900	0	859.800	4

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	1.142.500				1.142.500	3	2.500	1.145.000			11.425	1.145.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	656.700	3	1.500	658.200	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	6	656.700	658.400
Pensión	3	2.626.100	2.631.900
Riesgos Laborales	1	1.142.500	1.145.000
CCF	1	656.700	658.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	5.082.000	5.093.500

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / 001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83507259	15/05/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$16,412,172	$5.093.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
2	CC 79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S																	230201	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
3	CC 79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S																	25-14	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
4	CC 79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S																	230301	5.500.000	30	880.000	0	0	0	0	EPS008	5.500.000	30	220.000	14-11	5.500.000	30	5	382.800	CCF24	5.500.000	30	220.000	0	0	0	0	0
5	CC 86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S		X															25-14	910.000	14	145.600	0	0	0	0	EPS037	910.000	14	36.400	14-11	910.000	14	5	63.400	CCF24	910.000	14	36.400	0	0	0	0	0
6	PT 4058791	BORGES MOLINA CRISTIAN DAVID	1	0			S		X															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	PT 6081743	MUJICA RODRIGUEZ DANY RAFAEL	1	0			S		X															230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	PT 914637	PADRON PARRA GLANIELIS ALEJANDRA	1	0			S		X															25-14	700.362	12	112.100	0	0	0	0	EPSC34	700.362	12	28.100	14-11	700.362	12	5	48.800	CCF24	700.362	12	28.100	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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75384946	06/05/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$26,000,905	$7.336.100	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	1	300	0	290.300	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	280.000	0		0		0	1	300	0	280.300	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	1	100	0	70.200	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	712.000	0	0	0	0	1	600	0	712.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.128.200	0	0	0	0	1	900	0	1.129.100	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	1	1.200	0	1.601.200	2

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	1.809.800				1.809.800	1	1.300	1.811.100			18.098	1.811.100	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.040.100	1	800	1.040.900	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	5	1.040.100	1.041.200
Pensión	3	3.440.200	3.442.900
Riesgos Laborales	1	1.809.800	1.811.100
CCF	1	1.040.100	1.040.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.330.200	7.336.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75384946	06/05/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$26,000,905	$7.336.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	30	112.000	14-11	2.800.000	30	5	194.900	CCF24	2.800.000	30	112.000	0	0	0	0	0
3	CC 11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
4	CC 26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.950.000	30	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	30	78.000	14-11	1.950.000	30	5	135.800	CCF24	1.950.000	30	78.000	0	0	0	0	0
5	CC 36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
6	CC 52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
7	CC 79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
8	CC 79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92901569	23/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$11,483,658	$3.567.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	11.700	0		0		0	4	100	0	11.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	224.300	0		0		0	4	700	0	225.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	90.900	0		0		0	4	300	0	91.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	132.700	0		0		0	4	400	0	133.100	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	755.000	0	0	0	0	4	2.300	0	757.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.082.700	0	0	0	0	4	3.200	0	1.085.900	3

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	799.500				799.500	4	2.400	801.900			7.995	801.900	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	459.600	4	1.400	461.000	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	4	459.600	461.100
Pensión	2	1.837.700	1.843.200
Riesgos Laborales	1	799.500	801.900
CCF	1	459.600	461.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.556.400	3.567.200

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
NI	901028177-5	BL INGENIERIA SAS	CARRERA 22 No 40 44	4596689	blingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	FONDO NACIONAL DEL AHORRO / 004	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92901569	23/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$11,483,658	$3.567.200	

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	Cotiza en 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 1015404233	ARANGUREN RUBIO OSCAR IVAN	1	0			S	X																230301	291,818	5	46,700	0	0	0	0	EPS002	291,818	5	11,700	14-11	291,818	5	5	20,400	CCF24	291,818	5	11,700	0	0	0	0	0
2	CC 1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S																	230201	3.316.956	30	530.800	0	0	0	0	EPS017	3.316.956	30	132.700	14-11	3.316.956	30	5	230.900	CCF24	3.316.956	30	132.700	0	0	0	0	0
3	CC 1193522871	ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO	1	0			S	X																230201	1.400.724	24	224.200	0	0	0	0	EPS005	1.400.724	24	56.100	14-11	1.400.724	24	5	97.500	CCF24	1.400.724	24	56.100	0	0	0	0	0
4	CC 28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	1	0			S	X																230301	2.270.160	24	363.300	0	0	0	0	EPS010	2.270.160	24	90.900	14-11	2.270.160	24	5	158.100	CCF24	2.270.160	24	90.900	0	0	0	0	0
5	CC 79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	1	0			S																	230301	4.204.000	30	672.700	0	0	0	0	EPS005	4.204.000	30	168.200	14-11	4.204.000	30	5	292.600	CCF24	4.204.000	30	168.200	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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91607363	16/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$8,083,334	$2.514.500	

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	120.000	0		0		0	6	600	0	120.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	72.000	0		0		0	6	400	0	72.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	51.400	0		0		0	6	300	0	51.700	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	80.000	0		0		0	6	400	0	80.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	672.000	0	0	0	0	6	3.000	0	675.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	493.400	0	0	0	0	6	2.200	0	495.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	128.000	0	0	0	0	6	600	0	128.600	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	562.800				562.800	6	2.500	565.300			5.628	565.300	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	323.400	6	1.500	324.900	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	4	323.400	325.100
Pensión	3	1.293.400	1.299.200
Riesgos Laborales	1	562.800	565.300
CCF	1	323.400	324.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.503.000	2.514.500

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
NI	901785242-2	CONSORCIO IBS	CR 68D No 25B 86	6017561194	contaibs24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL 001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91607363	16/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$8,083,334	$2.514.500	

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	Cotiz. pensión	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 1007674724	ALVAREZ MARQUIN YERATH DAVID	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
2	CC 1061626818	GARCIA GRANOBLES JESUS EMILIO	1	0			S																	230201	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS002	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	5	153.200	CCF24	2.200.000	30	88.000	0	0	0	0	0
3	CC 79315297	CASTILLO GONZALEZ JOSE BERNARDO	1	0			S																	230201	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
4	CC 79431677	SALAZAR BUENO JOSE HUMBERTO	1	0			S	X																25-14	800.000	12	128.000	0	0	0	0	EPS002	800.000	12	32.000	14-11	800.000	12	5	55.700	CCF24	800.000	12	32.000	0	0	0	0	0
5	CC 79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	1	0			S	X																230301	1.283.334	7	205.400	0	0	0	0	EPS008	1.283.334	7	51.400	14-11	1.283.334	7	5	89.400	CCF24	1.283.334	7	51.400	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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82775599	02/06/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$26,000,905	$7.330.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	280.000	0		0		0	0	0	0	280.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	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	712.000	0	0	0	0	0	0		712.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.128.200	0	0	0	0	0	0		1.128.200	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	0	0		1.600.000	2

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	1.809.800				1.809.800	0	0	1.809.800			18.098	1.809.800	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.040.100	0	0	1.040.100	8

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	5	1.040.100	1.040.100
Pensión	3	3.440.200	3.440.200
Riesgos Laborales	1	1.809.800	1.809.800
CCF	1	1.040.100	1.040.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	7.330.200	7.330.200

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
NI	830121507-2	INGEBYP SAS	CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82775599	02/06/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$26,000,905	$7.330.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	30	112.000	14-11	2.800.000	30	5	194.900	CCF24	2.800.000	30	112.000	0	0	0	0	0
3	CC 11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
4	CC 26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.950.000	30	312.000	0	0	0	0	EPS005	1.950.000	30	78.000	14-11	1.950.000	30	5	135.800	CCF24	1.950.000	30	78.000	0	0	0	0	0
5	CC 36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
6	CC 52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
7	CC 79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
8	CC 79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	30	200.000	14-11	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

La Empresa: INGEBYP SAS
Ciudad: Bogotá.
Departamento: Cundinamarca.
Dirección: Carrera 68 d 25 b 86 Off 327-3. Edificio Torre Central
Nombre de la ARL: Sura
Fecha Actualización: 01-04-2019
Clase o tipo de riesgo asignado por la ARL I (Uno) Administrativo y V (Cinco) Obra.
Sucursal o Centro de Trabajo: SI (X) NO () Número.

Código de la actividad Económica: (Según Decreto 1607 del 31 de Julio de 2002 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social- por el cual se adopta la tabla de clasificación de actividades económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales: 5752101.

PRESCRIBE EL PRESENTE REGLAMENTO CONTENIDO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

ARTÍCULO 1º. La empresa se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes, tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una oportuna y adecuada prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de conformidad con los artículos 34, 57, 58, 108, 205, 206, 217, 220, 221, 282, 283, 348, 349, 350 y 351 del Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 9 de 1.979, Resolución 2400 de 1.979, Decreto 614 de 1.984, Resolución 2013 de 1.986, Resolución 1016 de 1.989, Resolución 6398 de 1.991, Decreto 1295 de 1994, Ley 776 de 2002, Ley 962 de 2005, Ley 1010 de 2006, Resolución 1401 de 2007, Resolución 2346 de 2007, Resolución 3673 de 2008, Resolución 736 de 2009, Resolución 2646 de 2008, Resolución 1956 de 2008, Resolución 2566 de 2009, , Resolución 1918 de 2009, Resolución 1409 de 2012, Resolución 652 de 2012, Resolución 1356 de 2012, Ley 1562 de 2013, Decreto 1443 de 2014, Decreto 1477 de 2014 y decreto 1072 de 2015 demás normas que con tal fin se establezcan.

ARTÍCULO 2º. - La empresa se obliga a promover y garantizar la constitución y funcionamiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de conformidad con lo establecido por el Decreto 614 de 1.984, la Resolución 2013 de 1.986, la Resolución 1016 de 1.989, Decreto 1295 de 1994, Ley 776 de 2002, Resolución 1401 de 2007, Decreto 1443 de 2014, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que con tal fin se establezcan.

ARTÍCULO 3º. La empresa se compromete a destinar los recursos necesarios para desarrollar actividades permanentes de conformidad con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo establecido en el Decreto 614 de 1984, Resolución 1016 de 1989, Decreto 1295 de 1994 y Decreto 1443 de 2014 y Decreto 1072 de 2015.

El cual contempla como mínimo los siguientes aspectos:

a). Subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, orientado a promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todos los oficios, prevenir cualquier daño a su salud, ocasionado por las condiciones de trabajo, protegerlos en su empleo de los riesgos generados por la presencia de agentes y procedimientos nocivos, colocar y mantener al trabajador en una actividad acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicosociales.

b). Subprograma de higiene y seguridad industrial, dirigido a establecer las mejores condiciones de saneamiento básico industrial y a crear los procedimientos que conlleven a eliminar o controlar los factores de riesgos que se originen en los lugares de trabajo o que pueden ser causa de enfermedad, disconfort o accidente.

ARTÍCULO 4º. Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos, principalmente por:

FÍSICO - Iluminación, Presiones atmosféricas anormales, Radiaciones ionizantes, Radiaciones no ionizantes
Ruido, Temperaturas extremas: Calor - Frío Humedad y Vibraciones.

QUÍMICO - Gases y vapores, Aerosoles líquidos, Aerosoles sólidos, Líquidos y Sólidos.

BIOLÓGICO - Animales, Bacterias, Hongos, Virus Y Plantas.

ERGONÓMICO - Carga estática, carga dinámica, sobre-esfuerzo físico, posiciones forzadas, mantenidas/prolongadas, fatiga, movimientos repetitivos.
MECÁNICOS - - Caídas a nivel, caídas de diferente nivel, atrapamientos, golpes, caídas de objetos, proyección de partículas, maquinas, equipos y herramientas.
LOCATIVOS- Señalización, orden y aseo, almacenamiento, terrenos irregulares, topografía de área, Escaleras y barandas, rampas inadecuadas o en mal estado,
ELÉCTRICOS- Contacto directo e indirecto con fuentes de energía (Alta, media o baja tensión), equipos defectuosos, sobrecarga, arco eléctrico, por tensión de contacto o tensión de paso.
PSICOLABORALES - Organización del trabajo, Carga mental, Monotonía, Turnos de trabajo.
RIESGOS NATURALES- Movimientos sísmicos, deslizamientos, tormentas eléctricas, deslizamientos.

RIESGO PÚBLICO - terrorismo, robo, atraco, fleteo, manifestaciones colectivas.

RIESGOS ESPECIALES – Alturas (andamios colgantes y tubulares, plataformas móviles)
Espacios confinados (trabajos en excavaciones, trabajos en pozos, trabajos en cajas de inspección).

PARÁGRAFO. - A efecto de que los riesgos contemplados en el presente artículo, no se traduzcan en accidente de trabajo o enfermedad profesional, la empresa ejerce su control en la fuente, en el medio transmisor o en el trabajador, de conformidad con lo estipulado en el programa de salud ocupacional de la empresa, el cual se da a conocer a todos los trabajadores al servicio de él.

ARTÍCULO 5º. La empresa y sus trabajadores darán estricto cumplimiento a las disposiciones legales, así como a las normas técnicas e internas que se adopten para lograr la implementación de las actividades de medicina preventiva del trabajo, higiene y seguridad industrial, que sean concordantes con el presente Reglamento y con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Se entenderá lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1443 de 2014 del Ministerio del Trabajo, el Decreto 1471 de 2014 del Ministerio del Trabajo, la Resolución 1401 de 2007 y la Resolución 2346 de 2007 del entonces Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 6º. La empresa ha implantado un proceso de inducción del trabajador a las actividades que debe desempeñar, capacitándolo respecto a las medidas de prevención y seguridad que exija el medio ambiente laboral y el trabajo específico que vaya a realizar.

ARTÍCULO 7º. Este Reglamento permanecerá exhibido en por lo menos dos lugares visibles de los sitios de trabajo, junto con el auto aprobatorio, cuyos contenidos se dan a conocer a todos los trabajadores en el momento de su ingreso.

ARTÍCULO 8º. El presente Reglamento tendrá vigencia a partir de la aprobación impartida por el Ministerio de Protección Social y durante el tiempo que la empresa conserve sin cambios sustanciales, las condiciones existentes en el momento de su aprobación, tales como actividad económica, métodos de producción, instalaciones locativas o cuando se dicten disposiciones gubernamentales que modifiquen las normas del Reglamento o que limiten su vigencia.

FECHA ACTUALIZACIÓN: 01-04-2019
DIRECCIÓN: CRA. 68D No.25B - 86 OFICINA 327-3
CIUDAD: BOGOTÁ D.C. – CUNDINAMARCA



JEFFERSON ODILIO BOHORQUEZ LESMES
Representante Legal
INGEBYP SAS
NIT: 830.121.507-2

INFORME SST DEL 20 DE ABRIL AL 20 MAYO DE 2026

INFORME DE GESTION SST No.14

SST
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO DE OBRA FNA-166-2024

OBJETO: REALIZAR LAS REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA SEDE PRINCIPAL - CNA DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.

fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO

Elaborado por:	Aprobado por:	Revisado por:
MARIA DEL PILAR PAIVA Profesional SST Ingebyp SAS	RODOLFO ENRIQUE BARRETO Coordinador de obra Ingebyp SAS	MARIA FERNANDA VILLAMIL Interventoria BioDecco

CONTENIDO

LISTA DE ANEXOS 3
1. INTRODUCCION 4
2. OBJETIVOS 4
2.1 OBJETIVO GENERAL 4
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 5
3. ALCANCE 5
4. LOCALIZACION DEL PROYECTO 5
5. SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 6
5.1 Responsable del SG-SST 6
5.2 Responsabilidades del SG–SST 6
5.3 Asignación de Recursos 6
6. AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL 7
7. PROGRAMA DE CAPACITACIONES 7
8. INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS 8
9. POLITICA SST 8
10. EVALUACION INICIAL 8
11. PLAN DE TRABAJO ANUAL 9
12. MATRIZ LEGAL 9
13. ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 9
a) Exámenes Médicos 9
14. ESTILOS DE VIDA Y ENTORNO SALUDABLE 10
a) Programa de Orden y Aseo 10
b) Promoción de Estilos de Vida Saludable 10
c) Política de Alcohol y Drogas 10
15. ELIMINACION ADECUADA DE RESIDUOS 10
16. REPORTE AUSENTISMO E INVESTIGACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO 11
17. INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES 11
18. HORAS HOMBRES TRABAJADAS 11
19. MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS 11
20. PERMISOS DE OBRA E INSPECCIONES 11
21. PROGRAMA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 13

22. PLAN DE EMERGENCIA 13
23. REGLAMENTO DE HIGIENE 14
24. CONCLUSIONES 14

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Generalidades
Tabla 2. Tabla de control
Tabla 3. Charla de seguridad
Tabla 4. Inspecciones preoperacionales
Tabla 4. Recursos de atención de emergencia

LISTA DE ANEXOS

0. Informe SST
1. Registro fotográfico
1.1.1 Acta de designación SST
1.1.2 Organigrama
1.1.3 Asignación SST
1.1.4 Afiliación SGRL
1.1.4.1 Control ingreso personal
1.1.5 Seguridad Social
1.2.1 Registro de Charlas
1.2.2 Inducciones SST y Notificación de riesgos
1.2.2.1 Carta Compromiso paz y salvo
2.1.1 Política SST
2.3.1 Certificado ARL SG-SST
2.4.1 Plan Anual
2.7.1 Matriz Legal
3.1.4 Exámenes médicos
3.1.7 Política Alcohol y Drogas
3.2.1 Certificado Accidentalidad
3.2.2 Horas Hombres Trabajadas
4.1.2 Matriz IPEVR
4.2.5 Inspecciones de obra
4.2.6 Entrega de EPP
5.1.1 Inspección de emergencia
8.1.1 Registro de Higiene y Seguridad

1. INTRODUCCION

Mediante el desarrollo de las actividades propuestas, para la ejecución del proyecto Contrato de obra FNA-166-2024 Objeto: REALIZAR LAS REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA SEDE PRINCIPAL - CNA DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A. como interventoría CONSULTORES, DESARROLLO Y AMBIENTE S.A.S BIODECCO, ratifica su compromiso con el apoyo y gestión para la implementación y desarrollo continuo de un sistema basado en materia ambiental y de seguridad laboral, que ayude a la prevención de cualquier impacto proveniente de dichas actividades.

En el campo de seguridad y salud en el trabajo, se establece que todo trabajador vinculado de manera directa e indirecta con **INGEBYP S.A.S**, adquieren derechos, deberes y compromisos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo para la ejecución de las actividades ligadas a las operaciones constructivas de la obra, así como también **INGEBYP S.A.S**, se ve en la obligación de cumplir con la ejecución de los programas planteados en el SG-SST y velar por la seguridad social de sus colaboradores.

Es por esta razón que el presente informe correspondiente del **20 de abril al 20 de mayo de 2026**, cuenta las actividades, avances y cumplimiento del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, recopilando todas las actividades ejecutadas tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el fin de prevenir los accidentes y/o enfermedades laborales

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y demás normativas vigentes, con el fin de prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales durante la ejecución del contrato de obra FNA-166-2024 según Objeto: REALIZAR LAS REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA SEDE PRINCIPAL - CNA DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A., garantizando condiciones seguras para los trabajadores, contratistas y demás personas involucradas.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar los indicadores propuestos en el SG-SST, para verificar el cumplimiento del mismo.
Dar a conocer la implementación del SG-SST del contrato.
Mantener un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social de cada trabajador.

3. ALCANCE

Este SG-SST aplica a todas las actividades relacionadas con las reparaciones locativas de la infraestructura física de la sede principal del CNA del FNA S.A., incluyendo labores de demolición, construcción, instalación, mantenimiento, y adecuaciones estructurales, realizadas por el contratista INGEBYP SAS, durante el periodo del **20 de abril al 20 de mayo de 2026.**

Tabla 1. Generalidades del contrato

CONTRATO REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA	
CONTRATO DE OBRA No.	CONTRATO DE OBRA FNA-166-2024
CONTRATISTA	INGEBYP S.A.S
CONTRATANTE	CNA FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.
FECHA DE INICIO	07 de marzo de 2024
DIRECTOR DE PROYECTO	Ing. Fabian Bohórquez Lesmes
PROFESIONAL QHSE CONTRATISTA	María del Pilar Paiva Susunaga
INTERVENTORÍA	CONSULTORES, DESARROLLO Y AMBIENTE S.A.S. BIODECCO
DIRECTOR INTERVENTORIA	Ing. Agustín Muñoz
PROFESIONAL SST INTERVENTORIA	María Fernanda Villamil

4. LOCALIZACION DEL PROYECTO

El proyecto que desarrolla la empresa contratista **INGEBYP S.A.S,** es ejecutado en la Carrera 65 #11-83 Zona Industrial Puente Aranda.

Durante este periodo se realizaron actividades en el siguiente horario laboral turno de:

7:00 a.m a 5:00 p.m. de lunes a viernes
7:00 a.m a 11:30 a.m. Sábados

5. SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1 Responsable del SG-SST

La Gerencia de INGEBYP S.A.S, designa a **María del Pilar Paiva Susunaga** con cedula de ciudadanía No.28.541.354 de Ibagué, como responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo en el proyecto del Fondo Nacional de Ahorro según contrato FNA-166-2024 cuyo Objeto: REALIZAR LAS REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA SEDE PRINCIPAL - CNA DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.

La normativa colombiana (Decreto 1072 de 2015, Ley 1562 de 2012, Resolución 0312 de 2019) exige la asignación de responsabilidades claras dentro del Sistema de Gestión de SST. No hacerlo puede acarrear sanciones legales, multas o suspensión de actividades por parte del Ministerio de Trabajo.

1.1.1 Acta designación del responsable SST

5.2 Responsabilidades del SG–SST

Las responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) comprenden la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos laborales, así como la promoción de condiciones de trabajo seguras y saludables para todos los colaboradores. La alta dirección tiene el deber de liderar, implementar y mantener el sistema, asignando recursos y asegurando el cumplimiento normativo. A su vez, todos los trabajadores deben participar activamente en las actividades del SG-SST, reportar condiciones inseguras y cumplir con los procedimientos establecidos. Este enfoque integral busca prevenir accidentes, enfermedades laborales y fomentar una cultura de autocuidado en la organización.

1.1.2 Organigrama

5.3 Asignación de Recursos

La asignación de recursos es una responsabilidad fundamental dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). La alta dirección debe garantizar la disponibilidad de recursos humanos, físicos, técnicos y financieros necesarios para implementar, mantener y mejorar continuamente el sistema. Esto incluye la provisión de personal competente, equipos adecuados, espacios seguros, capacitaciones, y herramientas tecnológicas que permitan identificar, evaluar y controlar los riesgos laborales. La adecuada asignación de estos recursos demuestra el compromiso institucional con la protección y el bienestar de todos los trabajadores.

1.1.3 Asignación de recursos SG-SST

6. AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Durante el periodo del **20 de abril al 20 mayo de 2026** se realizaron afiliaciones del Sistema General de Seguridad Social y los aportes parafiscales del personal, según lo establecido en la Resolución 1747 de 2008 y el Decretó 1670 de 2007. El personal está afiliado a Riesgo laboral con riesgo 5.

En la siguiente tabla se describen las novedades presentadas en el periodo:

Tabla 2. Control de ingreso / retiro

INGRESOS	5
PERSONAL ANTIGUO	23
PERSONAL INGRESO /RETIRO	6

1.1.4 Afiliaciones SGRL
1.1.5 Seguridad Social
1.1.6 Control de ingreso

7. PROGRAMA DE CAPACITACIONES

Durante el período reportado se llevaron a cabo 12 charlas informativas, con el objetivo de fortalecer las competencias del personal vinculado al proyecto. Estas actividades incluyeron procesos de formación, inducción, reinducción y sensibilización, orientados a garantizar la seguridad, la prevención de riesgos laborales y el cumplimiento de la normativa vigente durante la ejecución del contrato.

Estas charlas aplican a la totalidad del personal involucrado en el desarrollo del contrato de obra, incluyendo trabajadores, contratistas, subcontratistas y personal administrativo.

Tabla 3. Charla SSTA

FECHA	TEMA	No. Personas
20/04/2026	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS	8
22/04/2026	QUE ES PELIGRO	8
24/04/2026	ESTRÉS LABORAL	8
27/04/2026	CAUSAS DE LA FATIGA LABORAL	8
29/04/2026	RECOMENDACIONES PARA CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE	8
04/05/2026	SEÑALIZACION DE SEGURA	7

06/05/2026	IDENTIFICACION DE RIESGOS	6
08/05/2026	CONTAMINACION DEL AGUA	6
11/05/2026	PREVENCION DE LESIONES OSTEOMUSCULARES	5
13/05/2026	PREVENCION ENFERNEDAD LABORAL	6
15/05/2026	MANEJO DE DERRAMES	6
19/05/2026	HIDRATACION ADECUADA DURATNE LA JORNADA LABORAL	6

1.2.1 Registro charlas SST

8. INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo es el proceso mediante el cual se orienta e informa al personal vinculado a un proyecto sobre los riesgos existentes, medidas preventivas y normas de comportamiento seguro dentro del área de trabajo. Es obligatoria antes del inicio de labores y debe realizarse cada vez que ingresa un nuevo trabajador o cuando se cambian funciones.

Para el presente periodo se realizaron 5 inducciones, notificación de riesgos y peligros existentes en obra.

No. de inducciones realizadas (5) *100 = 100%

No. de ingresos en el mes (5 personas)

No. de notificaciones de riesgo realizadas (5) *100 = 100%

No. de notificaciones en el mes (5 personas)

1.2.2 Inducción y notificación de riesgos

9. POLITICA SST

La empresa INGEBYP SAS, consciente de su responsabilidad en la protección de la vida, la salud y el bienestar de sus trabajadores, establece la presente Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.1.1 Política SST

10. EVALUACION INICIAL

Realizar una evaluación diagnóstica inicial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para identificar el grado de cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y organizacionales exigidos en Colombia, en especial lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019.

Aplica a todas las actividades, trabajadores, contratistas y áreas involucradas en la ejecución del contrato de reparaciones locativas.

2.3.1 Certificado ARL SG-SST

11. PLAN DE TRABAJO ANUAL

Planificar, ejecutar y hacer seguimiento a las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para proteger la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores durante el desarrollo del contrato. Se ejecutaron 16 actividades

2.4.1 Plan de trabajo anual

12. MATRIZ LEGAL

Para **INGEBYP SAS**, se hace necesaria la actualización constante del marco legal en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con el fin de garantizar la protección integral de los trabajadores y promover ambientes laborales seguros y saludables.

Los avances tecnológicos, las nuevas formas de trabajo y los cambios en las condiciones laborales exigen que la legislación se adapte a los desafíos y riesgos emergentes.

Por tanto, este documento recoge las principales normas aplicables a la organización y establece un plan de acción para su cumplimiento y seguimiento.

2.7.1 Matriz Legal

13. ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Dentro de las actividades de Medicina Preventiva y del Trabajo:

a) Exámenes Médicos

Durante el presente período se realizaron 5 exámenes médicos de ingreso, con el objetivo de evaluar el estado de salud de los trabajadores que se incorporan al proyecto. Estos exámenes permiten detectar posibles sintomatologías o enfermedades preexistentes que pudieran agravarse debido a las condiciones laborales a las que estará expuesto el trabajador.

3.1.4 Exámenes médicos

14. ESTILOS DE VIDA Y ENTORNO SALUDABLE

a) Programa de Orden y Aseo

Establecer las directrices para mantener condiciones adecuadas de orden, limpieza y almacenamiento en los lugares de trabajo, previniendo accidentes laborales, enfermedades profesionales, daños a la propiedad y mejorando el ambiente laboral.

Se implemento jornada de orden ya que son esenciales para la eficiencia personal y proporcionar ambientes de trabajo seguros, optimizan el tiempo y reducen los costos de las operaciones, y lo más importante fomentan el autocuidado y una actitud preventiva. Aplica a todas las áreas de la obra y zonas comunes, áreas de almacenamiento de materiales, pasillos, escaleras, baños, oficinas de obra y demás espacios usados durante la ejecución del contrato.

b) Promoción de Estilos de Vida Saludable

Desde la empresa se fomenta una cultura de autocuidado que fortalezca la salud física, mental y emocional del trabajador, alineado con el programa de Estilos de Vida Saludable:

c) Política de Alcohol y Drogas

La organización prohíbe estrictamente el consumo, porte o distribución de alcohol y sustancias psicoactivas durante la jornada laboral o dentro de sus instalaciones.

3.1.7 Política de Alcohol y Drogas

15. ELIMINACION ADECUADA DE RESIDUOS

Garantizar la correcta recolección, clasificación, almacenamiento y disposición final de los residuos generados durante la ejecución del proyecto, minimizando los impactos ambientales y protegiendo la salud y seguridad de los trabajadores y de la comunidad.

Aplica a todos los residuos generados en el sitio de obra, incluyendo:

- Residuos sólidos comunes (papel, cartón, plásticos, restos de alimentos).
- Residuos de construcción y demolición (escombros, maderas, metales).
- Residuos peligrosos (pinturas, aceites, disolventes, residuos contaminados).
- Residuos reciclables.

16. REPORTE AUSENTISMO E INVESTIGACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Para el periodo reportado no se presentó ausentismo por accidente de trabajo y/o enfermedad laboral en el proyecto del Fondo Nacional del Ahorro.

3.2.1 Certificado de accidentalidad

17. INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES

La investigación de incidentes y accidentes es una parte fundamental del sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Su propósito es identificar las causas raíz que originaron un evento no deseado con el fin de implementar medidas correctivas y prevenir su repetición. En este mes se presentó un accidente laboral.

18. HORAS HOMBRES TRABAJADAS

Durante el periodo evaluado, se registraron un total de **2320 Horas Hombre Trabajadas (HHT)**. Así mismo, se presentaron 5 ingresos y 6 retiros de personal a lo largo del mes.

3.2.2 Horas hombre trabajadas

19. **MATRIZ IDENTIFICACION DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS**

Matriz de Identificación de Peligros y Valoración de Riesgos (IPVR) es una herramienta fundamental en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Permite identificar los peligros presentes en una organización, valorar los riesgos asociados y establecer controles para prevenir accidentes o enfermedades laborales.

4.1.2 Matriz IPEVR

20. PERMISOS DE OBRA E INSPECCIONES

Durante el presente periodo se realizaron permisos de trabajo e inspecciones en el área de obra, los cuales constituyen documentos de control fundamentales que, permiten identificar y evaluar los riesgos asociados a las actividades a ejecutar.

Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) se dio cumplimiento al deber de informar, instruir y socializar a los trabajadores propios y contratistas sobre los riesgos inherentes a las labores desarrolladas. Asimismo, se establecieron y verificaron las medidas de seguridad aplicables antes, durante y después de los trabajos, incluyendo el comunicado de cierre actividades. De igual manera, se formalizaron las responsabilidades individuales de cada trabajador en la ejecución segura de sus tareas.

Conforme a lo establecido, se firmaron permisos diarios de trabajo, correspondientes a las siguientes actividades:

a) Inspecciones de Obra

Se realizaron inspecciones en los diferentes frentes de trabajo con el fin de verificar condiciones de orden y aseo, señalización, accesos, delimitación de áreas y protecciones colectivas, garantizando que las actividades se ejecutaran en un entorno seguro y controlado.

b) Inspecciones de Herramientas

Se efectuaron inspecciones a las herramientas manuales y eléctricas antes de su uso, tales como taladros y extensiones eléctricas, con el objetivo de identificar daños, desgastes, conexiones defectuosas o fallas que pudieran generar riesgos para los trabajadores, aplicando las medidas correctivas de manera oportuna.

c) Preoperacionales de Pulidora

Se realizaron inspecciones preoperacionales a la pulidora antes de su uso, verificando el estado del disco, guardas de protección, cableado eléctrico y sistema de encendido, con el fin de identificar condiciones inseguras y prevenir incidentes durante su operación.

d) Inspección en Campamento

Se efectuaron inspecciones en las áreas de campamento para evaluar las condiciones de habitabilidad, higiene y bienestar de los trabajadores, verificando espacios de descanso, almacenamiento y servicios básicos, garantizado ambientes adecuados y seguros.

e) Inspección de Baños

Se llevaron a cabo inspecciones en los baños, verificando la limpieza, disponibilidad de insumos de aseo y el correcto funcionamiento de los equipos sanitarios, garantizando condiciones óptimas de salubridad para el personal en obra.

f) Inspecciones de Emergencias

Se realizaron inspecciones a los equipos y sistemas de emergencia tales como extintores, botiquines, señalización y rutas de evacuación, con el fin de comprobar su disponibilidad, accesibilidad y correcto estado, asegurando una respuesta oportuna ante cualquiera contingencia.

Tabla 4. Inspecciones Obra

INSPECCIONES		
No.	**INSPECCIONES**	**TOTAL, PERMISOS**
1	Inspección de obra	4
2	Inspecciones Herramienta menor	2
3	Inspecciones Pulidora	2
4	Inspección Taladro	4
5	Inspección Acolilladora	2
8	Inspección de Emergencia	2
9	Inspección Campamento	2
10	Inspección Baño	2

4.2.5 Preoperacionales

21. PROGRAMA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Las entregas de dotación se realizarán conforme lo ordena el Código Sustantivo del Trabajo. Así mismo **INGEBYP SAS** hace entrega de los elementos de protección personal a todos los colaboradores que hacen parte del proyecto, de estos se realizara de la siguiente manera: reposición cuando se amerite como los guantes, tapa oídos y mono gafas.

4.2.6 Elemento de protección personal

22. PLAN DE EMERGENCIA

Listado de recursos de atención de emergencias y su ubicación actual a continuación, se relacionan los recursos disponibles para la atención de emergencias en el proyecto, junto con su respectiva ubicación:

- **2 camillas** ubicadas en el container de almacén
- **1 extintores multipropósito** localizados en el container administrativo
- **2 botiquín de primeros auxilios** en el container administrativo
- **1 punto ecológico** ubicado al lado del container administrativo
- **1 Kit antiderrame** en el campamento de almacén

Estos elementos han sido verificados y se encuentran disponibles para su uso en caso de emergencia.

Tabla 5. Recurso atención de emergencia

ELEMENTO	UNIDAD
CAMILLA	2
BOTIQUIN	2
EXITINTORES	1
PUNTOS ECOLOGICOS	1

5.1.1 Inspección de emergencia

23. REGLAMENTO DE HIGIENE

Establecer las normas de higiene y seguridad que deben cumplir todos los trabajadores en el sitio de obra para prevenir accidentes, enfermedades laborales y proteger el bienestar de todo el personal.

Aplica a todo el personal operativo, administrativo, subcontratistas y visitantes autorizados durante la ejecución del proyecto.

8.1.1 Reglamento de Higiene

24. CONCLUSIONES

- Durante el mes se avanzó satisfactoriamente en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, logrando establecer las bases sólidas para el cumplimiento normativo y la gestión de riesgos laborales en el proyecto.
- Durante el periodo correspondiente al mes de abril - mayo, se desarrollaron seis (5) inducciones en Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigidas al personal vinculado a la obra. De igual forma, se efectuaron cinco (5) exámenes médicos ocupacionales de ingreso, durante el mes se presentó 6 retiros de personal.
- Se realizó la entrega de EPP a un total de 5 trabajadores. Se incluyen en este proceso los trabajadores de ingreso nuevo.
- Durante el mes de abril - mayo, no se presentó accidente laboral. Se mantiene un monitoreo permanente para la prevención de incidentes y la mejora de condiciones seguras.
- Se aplicaron listas de chequeo correspondientes a orden y aseo, inspecciones de obra.
- Se realizaron 12 actividades de charlas al personal, enfocadas en temas como: almacenamiento de residuos sólidos, que es peligro, estrés laboral, causas de la fatiga laboral, recomendaciones para cuidad el medio ambiente, señalización segura etc., Se anexará el registro fotográfico y las listas de asistencia respectivas

- Se realizaron inspecciones preoperacionales a los equipos y maquinarias del proyecto, garantizando su estado óptimo de funcionamiento.
- Se realizó la verificación de los recursos de emergencia con los que cuenta actualmente el proyecto. Estos incluyen botiquines, camillas, extintores y puntos ecológicos, detallados con su ubicación respectiva.

	ACTA DESIGNACIÓN DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: RE-SST- Versión: 1 F. Actualización: 10/03/2025

La Gerencia de INGEBYP S.A.S., designa a María del Pilar Paiva Susunaga con cedula de ciudadanía No.28.541.354 de Ibagué, como responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo en el proyecto del Fondo Nacional de Ahorro según contrato FNA-166.2024, MARÍA DEL PILAR PAIVA SUSUNAGA, Para el establecimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Título IV, Capítulo VI y Resolución 0312 de 2019

Como responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, tiene la función de:

- Informar a la Gerencia sobre el funcionamiento y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Promover la participación de todos los miembros de la obra *en el proyecto del* Fondo Nacional de Ahorro según contrato FNA-166.2024 en la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

El responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumple con las competencias requeridas para el desarrollo de sus funciones, entre las cuales se identifican la licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo, curso de 50 horas y/o 20 horas establecido por el Ministerio de Trabajo y las demás establecidas en el perfil de cargo.

La Gerencia, asigna los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones y promueve la mejora continua del sistema de gestión.

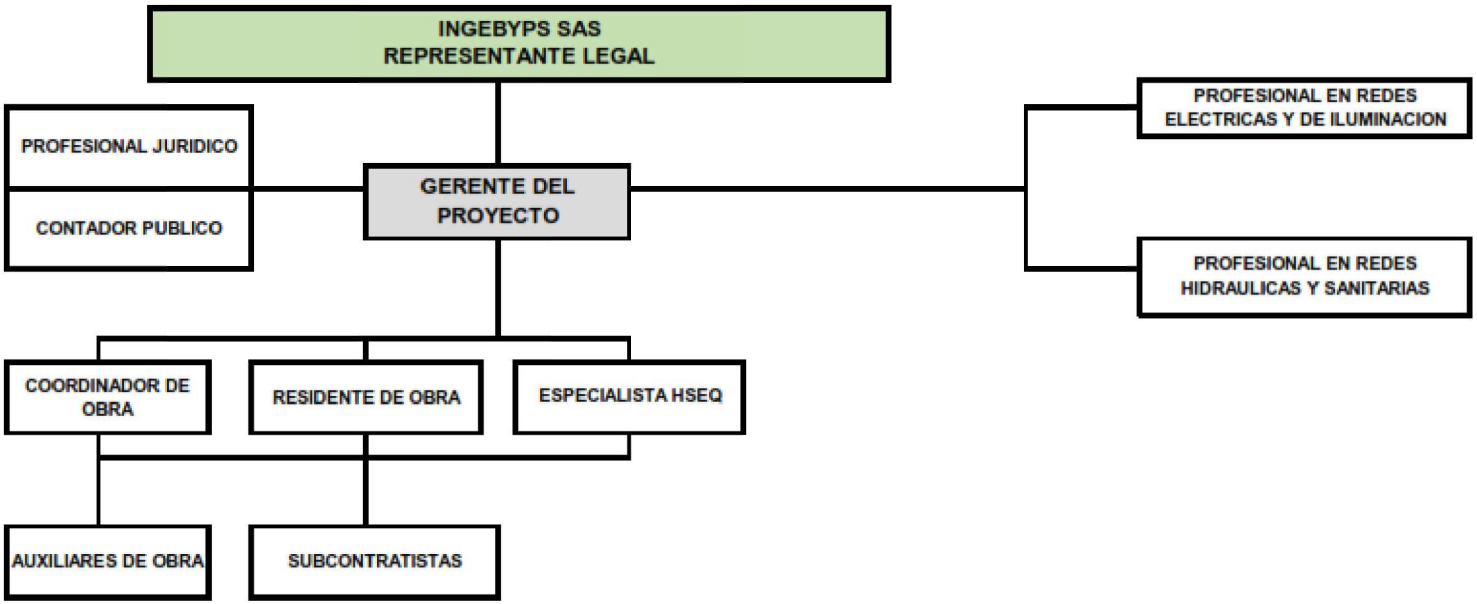
Bogotá D.C., 10 de marzo de 2025

JEFFERSON BOHORQUES LESMES
Representante Legal

MARIA DEL PILAR PAIVA S.
Responsable SST

ORGANIGRAMA FONDO NACIONAL DEL AHORRO

REALIZAR LAS REPARACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA SEDE PRINCIPAL - CNA DEL FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.



	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	PRESUPUESTO SG-SST		
Versión : 01	CODIGO FT-ING-18	Fecha: SEP.-2018	

ITEM	RUBRO	Unidad	Q.	Vr Unitario	Vr Total	SEGUIMIENTO														TOTAL INVERSION
				($)	($)	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	OCT	NOV	DIC	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	
1	**MEDICINA DEL TRABAJO**				**1.240.000**																0
1.1	Exámenes Periodicos	Personas	8	50.000	400.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2	Examenes de Ingreso /Retiro	Personas	8	60.000	480.000	100000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	800000
1.3	Dotación de Botiquines	dotacion	2	180.000	360.000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	75000	0	0	975000
3	**SEGURIDAD INDUSTRIAL**				**2.140.000**																0
3.1	Dotación	Personas	20	85.000	1.700.000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	85000	1275000
3.2	Señalización		5	60.000	300.000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	60000	900000
3.3	Extintores		2	70000	140.000	70000															70000
4	**MANEJO AMBIENTAL**				**500.000**																0
4.1	Materiales de Recolección y contingencia		10	50000	500.000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	750000
5	**CAPACITACION**				**1.590.000**																0
5.1	Folleto y publicidad		3	80000	240.000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	80000	1200000
5.2	Eventos	Evento	5	150.000	750.000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	150000	2250000
5.3	Materiales	Mes	12	50.000	600.000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	525
6	**PERSONAL**																				0
6.1	Inspector SST	Mes	1	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	2.900.000	3.086.795	3.086.795	3.086.795	3.086.795	3.086.795	44433975
	SUBTOTAL				**5.470.000**	**3.620.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.500.000**	**3.686.795**	**3.686.795**	**3.686.795**	**3.611.795**	**3.611.795**	53403975
	IMPREVISTOS (5%)				273.500	181.000	175.000	175.000	175.000	175.000	175.000	175.000	175.000	175.000	175.000	184.340	184.340	184.340	180.590	180.590	2670198,75
	TOTAL ANUAL				**5.743.500**	**3.801.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.675.000**	**3.871.135**	**3.871.135**	**3.871.135**	**3.792.385**	**3.792.385**	56074173,75

14.387.000

164802848

JEFFERSON BOHORQUEZ
Representante Legal

MARIA DEL PILAR PAIVA
Profesional QHSE

Realizò:Ing.Maria Isabel Perdomo Luna

Aprobrò:Ing.Jefferson Bohorquez Lesmes

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **PERSONAL CONTRACTUAL**

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **GERENTE DE PROYECTO**

Medellín, 15 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	01/05/2016		15320723	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C363072652507438391

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/03/2025 10:39:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79952110
NOMBRES	FABIAN OSWALDO
APELLIDOS	BOHORQUEZ LESMES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	07/12/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/28/2025 14:51:53	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIAN OSWALDO BOHORQUEZ LESMES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79952110,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **RESIDENTE DE OBRA**

Medellín, 15 de Marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	12/05/2023		411L2262	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C798940012507439246

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/03/2025 10:54:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YILBER YANIN VARGAS ORTIZ identificado(a) con CC. 1031135149 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2021/04/17**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 31 días del mes de 03 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS ORTIZ YILBER YANIN** identificado(a) con **CC** número **1.031.135.149** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de mayo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64 -** Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99 -** Cartagena: **642 49 99 -** Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250315110111

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **COORDINADOR DE OBRA**

Medellín, 20 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79909184	BARRETO VARGAS RODOLFO ENRIQUE	20/01/2025		18359154	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802071192502033866

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/01/2025 09:24:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.37, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
"Nuestro compromiso es con la vida"
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicacion: 25 01 2025

183612562

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Regimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BARRETO	VARGAS	RODOLFO	ENRIQUE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	79.909.184	Femenino Masculino X	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	Porvenir	4.000.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 72 # 78 - 89	

Teléfono Celular	Correo Electronico
3125243055	ing.rodolfobarreto1977@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota	Urbana X Rural		Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CM. Minuto	
B		
B		
B		

KPBATA

Original: EPS - Copia: EMPLEADOR - Copia: AFILIADO

V. DATOS DE [illegible]

35. Nombre o razón social: BL INGENIERIA

36. Tipo de documento de identificación: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de identificación: 901.028.177

38. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Bgta

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 20/01/2025

43. EPS anterior: Sanitas

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad | TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | **71. Firma del Funcionario**

Observaciones: C.E

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Aneth Rozo Torres
C.C.: 39.751.988
afiliaciones.art@gmail.com

Sello de Radicación
Recibido por
Fecha: 20-01-25

Sticker procesamiento

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RODOLFO ENRIQUE BARRETO VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.909.184**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **ESPECIALISTA QHSE**

Medellín, 09 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BL INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C28541354	PAIVA SUSUNAGA MARIA DEL PILAR	10/03/2025		14315317	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/03/2025 17:10:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.112.48.91, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_5276496**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901028177 BL INGENIERIA SAS
Afiliado	CC 28541354 MARIA DEL PILAR PAIVA SUSUNAGA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 2,700,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CARRERA 22 40 - 44
Fecha de ingreso	09/03/2025
Fecha de radicación	09/03/2025 05:27:16 p.m.
Código de Transacción	195066685
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 04/2025

Fecha de generación 09/03/2025

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA DEL PILAR PAIVA SUSUNAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.541.354**, se encuentra afiliado(a) a**l Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **REDES HIDRAULICAS Y SANITARIAS**

ARL | sura

Medellín, 28 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO IBS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79972453	VARGAS GALINDO WILLINGTON JAIME	01/03/2024		x7512624	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/02/2024 15:08:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] — Código (a registrar por la EPS)
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: VARGAS	Segundo Apellido: GALINDO	Primer Nombre: WILLINGTON	Segundo Nombre: JAIME

7. Tipo de documento de identidad: CC. 8. Número de documento de identidad: 79.972.453 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] 10. Fecha de nacimiento: D 10 D 07 M 1 A 9 7 A 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA 16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 5.600.000 18. Residencia: CALLE 7 # 20-10 Teléfono fijo: 3152042234

Wjv698@gmail.com | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: CONSORCIO IBS 36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 901.785.242-2 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CRA 68 D # 25 B-86 | Teléfono: 756 1194 | Correo electrónico: CONSORCIO165524@gmail.com | Municipio / Distrito: BOGOTA | Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido: VARGAS	Segundo Apellido: GALINDO	Primer Nombre: WILLINGTON	Segundo Nombre: JAIME

Tipo de documento de identidad: CC | Número de documento de identidad: 79.972.453 | Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 42. Fecha de nacimiento: D 10 D 07 M 1 A 9 7 A 9

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes de la ruta donde la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación: D D M M A A A A | 69. Fecha de validación: D 04 M MAR 2024 A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

Cod 645 Brayan Mauricio [illegible] C.C. SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 79.977.453

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 79.977.453

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLINGTON JAIME VARGAS GALINDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.972.453**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **REDES ELECTRICAS Y DE ILUMINACION**

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO** identificado con **CC** No. **79406468**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A - NI. 900222346	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 17/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 5

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501014101884.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO 13.1.2 PRO v.12
MS_6_1_3_IR15 v_ONI

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOSE MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 79406468, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230801	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27725419

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ CAYCEDO JOSE MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **79.406.468** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64 -** Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99 -** Cartagena: **642 49 99 -** Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025033111453

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **AUXILIAR DE OBRA**

Medellín, 01 de Abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1193522871	ROJAS ALBERTO DANILO GALINDO	01/04/2025		45U18121	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802071192509146476

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/04/2025 12:54:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

NIT 800 251 440 8

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 01 04 2025

186406910

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X B Colectiva D De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ROJAS	GALINDO	DANILO	ALBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1.193.522.871	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		Colomb

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Proteccion	1.423.500	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Calle 8A # 92-71		
Teléfono Celular	Correo Electrónico	
3143320060	danilo14rojas@gmail.com	
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna
Bgta	Bogta	Tintal

Zona: Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado Resto Rural

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia			Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona		
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

100644-8 SM 23572

OFIX

Powered by CamScanner

81	CM 2025 In	
82		
83		
84		
85		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
BL INGENIERIA	NIT	901.028.177	

59. Ubicación
Dirección: | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: | Departamento: Bgta | Municipio / Distrito: Bgta

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01/04/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:
CE

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Aneth Rozo Torres C.C.: 39.751.988 afiliaciones.art@gmail.com	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por Fecha 01-04-25	

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

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROJAS GALINDO DANILO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.193.522.871** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de septiembre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64 -** Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99 -** Cartagena: **642 49 99 -** Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025032712592

Medellín, 30 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BL INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1015404233	ARANGUREN RUBIO OSCAR IVAN	31/12/2025		42932491	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2025 15:14:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.171.241, 198.143.41.47, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016063899	0|7|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ARANGUREN (Primer apellido)	RUBIO (Segundo apellido)	OSCAR (Primer nombre)	IVAN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1015404233	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		0|3|0|4|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
CL 130 D 108 04 (Dirección)	Telefono fijo	3209199057 (Telefono celular)	JUYIAN_1997@HOTMAIL.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☒

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
BL INGENIERIA SAS	NIT	901028177	01

59.Ubicación				
CR 22 40 44 (Dirección)	6124512 (Teléfono fijo o celular)	PROYECTOSINGEBYP@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016063899

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

Oscar Arambuven cc. 1015404233

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR IVAN ARANGUREN RUBIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.404.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

INGEBYP NIT: 830.121.507-2	**INFORME MENSUAL**	fna FONDO NACIONAL DEL AHORRO
	ANEXOS	

CONTRATO No. **FNA-166-2024**

ANEXO No. **5**

CONTENIDO: **PERSONAL OPERATIVO**

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1193619	
RAZON SOCIAL	MERAK-ING SAS	
IDENTIFICACION:	NI 900811414	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
106027231	2026-3-25	CC 1013256064
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
BARRAGAN GALINDO	JOSE DAVID	2003-12-9
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
TRANSVERSAL 49F #69- 47 SUR		Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	davidbarragan1203@gmail.com	7203511
Celular	**Sexo**	
3007203511	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OBRERO	$1,750,905.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2026-3-25	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
BARRAGAN	GALINDO	JOSE	DAVID

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1013256064	RC TI [X] CE PA	2003 12 09	[X] F	2026 03 24

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? [X] NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? [X] NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? [X] NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? [X] NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? [X] NO

Medio de entrega deseado: Electrónico [X] Físico [ ]

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: JOSE DAVID BARRAGAN GALINDO identificado con el documento de identidad: C No. 1013256064, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico _____ la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Jose David

Nombres y Apellidos: JOSE DAVID BARRAGAN GALINDO
Número de identificación: 1013256064

Fecha de diligenciamiento
2026 03 24

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego



_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Jose David

Número de identificación: 1013256064

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS S

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE DAVID BARRAGAN GALINDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.256.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 29 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INVERSIONES ELYON SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010167231	JIMENEZ CORTES CARLOS JAMID	30/04/2026		15923222	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/04/2026 23:42:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.182.88, 198.143.37.66, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012848090
9012848090

No. de Radicación SAT: 30569627

Fecha de Radicación: 30 | 04 | 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual. B. Colectiva [ ] - Cotizante o cabeza de familia [X] C. Institucional [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
JIMENEZ Primer Apellido	CORTES Segundo Apellido	CARLOS Primer Nombre	JAMID Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1010167231	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				13 | D | 09 | M | A 1986 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Categoría discapacidad SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D | D | M | M | A | A | A | A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INVERSIONES ELYON SAS	NT	901729126	

59. Ubicación				
CALLE 57H 70 01 (Dirección)	31648384 (Teléfono)	(Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 29 M 04 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: LATONERO - PINTOR

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

Cambio Empleo

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS JAMID JIMENEZ CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.167.231**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 30 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INVERSIONES ELYON SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 PRINCIPAL			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C52877087	JIMENEZ CORTES HERMINIA	01/05/2026		25121118	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/04/2026 10:32:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.182.88, 198.143.37.66, 172.16.42.57