INFORME DE SUPERVISION No.1

CONVENIO INSTERINSTITUCIONAL DE ASOCIACIÓN No. MF-CI-001-2026

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

De conformidad a la pactado en el contrato, las condiciones generales son:

Contrato No.	**MF-CI-001-2026**		**Fecha**	26-03-2026
Tipo de contrato	convenio interinstitucional de asociación			
Objeto	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y ECONÓMICOS PARA EL ALBERGUE Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO DEL MUNICIPIO DE FLORIÁN, SANTANDER			
Contratante	Municipio de Florián Santander			
NIT	890.209.640-2			
Contratista	Fundación la magia de servir			
NIT o C.C. No.	901844076-1		**Expedida**	N/A
Tipo de persona	Jurídica		**Régimen tributario**	Ordinario
Representante legal	José Antonio González Sánchez			
C.C. No.	79.148.903		**Expedida**	Usaquén, Bogotá D.C.
Supervisores	Anyuri Sirleny Castillo Pineda			
Cargo o empleo	secretaria de Salud Municipal			
Contrato interventoría No.	N/A		**Fecha**	DD-MM-AAAA
Nombre interventoría	N/A			
NIT o C.C. No. Interventoría	N/A			
Representante legal interventoría	N/A			
Identificación Representante legal interventoría	**Tipo**	N/A	**No.**	N/A
Valor Inicial	$ 177.116.500,00			
CDP - Inicial No.	26-00188		**Fecha**	10-03-2026
RP - Inicial No.	26-00468		**Fecha**	26-03-2026
Valor Adición	$ 0.00			
CDP - Adición No.	N/A		**Fecha**	N/A
RP - Adición No	N/A		**Fecha**	N/A
Valor Anticipo inicial	$ 0.00		**Porcentaje anticipo**	0%
Valor anticipo adición	$ 0.00		**Porcentaje anticipo**	0%
Valor total anticipo	$ 0.00		**Porcentaje total anticipo**	0%
Valor final	$ 177.116.500,00		**Porcentaje adición**	b
Suspensión Nº	Nº **Fecha**	DD-MM-AAAA	Nº **Fecha**	DD-MM-AAAA
Reinicio Nº	Nº **Fecha**	DD-MM-AAAA	Nº **Fecha**	DD-MM-AAAA
Prórroga Nº	Nº **Fecha**	DD-MM-AAAA	01 **Fecha**	DD-MM-AAAA
Fecha de ejecución	**Inicial**	26/03/2026	**Final**	10-08-2026
Plazo inicial	CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO		**Plazo final**	CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO
Secretarías gestoras	Secretaría de Salud Municipal			
Forma de pago	El Municipio pagara a LA ESAL, el valor aportado mediante **ACTAS DE PAGO PARCIAL** de acuerdo al número de días ejecutados, actividades realizadas y adultos mayores atendidos. LA ASOCIADA deberá presentar la factura o la cuenta de cobro, según sea el caso y los informes técnicos y financieros de ejecución con sus respectivos soportes.			
Periodo de pago	**Desde**	26-03-2026	**Hasta**	09-05-2026

Valor a pagar	CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS /CTE ($ 53.488.000,00).

2. RELACIÓN DE ACTAS

De acuerdo al avance de ejecución del contrato a la fecha, las actas son:

ACTA	FECHA
Inicio	26-03-2026
Acta de pago parcial No.01	11-05-2026

3. SEGUIMIENTO TÉCNICO

Las actividades contratadas inicialmente son las siguientes:

ITEM	DESCRIPCION	UNID	CANT	UNID	CANT	V/UNIT	V/PARCIAL
1	APORTE ECONÓMICO MUNICIPIO						
1,1	PERSONAL						
1,1,1	Servicio de coordinación y acompañamiento programa	Persona	1	Mes	4,5	$ 3.300.000,00	$ 14.850.000,00
1,1,2	Personal de Apoyo para el autocuidado de los adultos mayores en el centro de bienestar con disponibilidad 7 días de la semana - 24 horas	Persona	2	Mes	4,5	$ 3.300.000,00	$ 29.700.000,00
1,1,3	Persona de servicios varios	Persona	1	Mes	4,5	$ 2.900.000,00	$ 13.050.000,00
1,1,4	Servicio de nutricionista	Persona	1	Mes	4,5	$ 3.000.000,00	$ 13.500.000,00
1,1,5	Personal de cocina	Persona	2	Mes	4,5	$ 2.900.000,00	$ 26.100.000,00
	SUBTOTAL						$ 97.200.000,00
1,2	OTROS GASTOS PARA FUNCIONAMIENTO						
1,2,1	Alimentación 4 tiempos así: desayuno, media mañana, almuerzo y cena	Persona	10	Mes	4,5	$ 1.050.000,00	$ 47.250.000,00
1,2,2	Auxilio de seguro funerario	Persona	10	Mes	4,5	$ 39.000,00	$ 1.755.000,00
1,2,3	Apoyo de materiales para realizar actividades cognitivas por parte del personal que labora en el centro	N/A	N/A	Mes	4,5	$ 300.000,00	$ 1.350.000,00
1,2,4	Elementos de aseo para infraestructura y servicio de lavandería. Guantes – Botiquín.	N/A	N/A	Mes	4,5	$ 1.100.000,00	$ 4.950.000,00
1,2,5	Servicio de transporte de los adultos mayores a citas médicas u otras necesidades	N/A	N/A	Mes	4,5	$ 700.000,00	$ 3.150.000,00
	SUBTOTAL						$ 58.455.000,00
1.3	INSUMOS ASISTENCIALES Y AYUDAS TECNICAS						
1,3,1	Insumos de caja de guantes de nitrilo color azul calibre 6 x 100 unidades	Caja	23	Mes	4,5	$ 35.000,00	$ 3.622.500,00
1,3,2	Insumo de tapabocas desechable para adulto und	Und	200	Mes	4,5	$ 700,00	$ 630.000,00
1,3,3	Insumo de caja de gorro qururgico desechable x 100 unidades	Caja	1	Mes	4,5	$ 30.000,00	$ 135.000,00

1,3,4	Silla sanitaria plagable en aluminio resistente al agua, altura ajustable entre 45 y 55 cm, que soporte peso de 99 kilogramos, vasenilla removible, ruedas con freno en las trasera	Unidad	2	N/A	N/A	$ 525.000,00	$ 1.050.000,00
1,3,5	Bascula de peso mecanica para adulto capacidad 136 kilogramos, dimensiones 27 x 33,5 x 12 cm material acero con plataforma antideslizante	Unidad	1	N/A	N/A	$ 280.000,00	$ 280.000,00
1,3,6	Tensiometro digital profesional para adulto	Unidad	1	N/A	N/A	$ 240.000,00	$ 240.000,00
1,3,7	Jabon Quirurgico Clorhexidina al 4% 1 L	Galón	1	N/A	N/A	$ 75.000,00	$ 75.000,00
1,3,8	Caja de gasas esteriles no tejida de 10 cm x 10 cm x 50 unidades	Caja	1	N/A	N/A	$ 45.000,00	$ 45.000,00
1,3,9	Caja de cinta micropore quirurgica 2"x 6 unidades	Caja	1	und	N/A	$ 84.000,00	$ 84.000,00
SUBTOTAL							**$ 6.161.500,00**
TOTAL APORTE ECONÓMICO MUNICIPIO							**$ 161.816.500,00**

2,00	**APORTE EN ESPECIE DEL MUNICIPIO**				
2,10	Inmueble para el funcionamiento del centro de bienestar del adulto mayo	Mes	4,50	$ 300.000,00	$ 1.350.000,00
2,20	Servicios públicos agua, energía, gas y otros	Mes	4,50	$ 1.100.000,00	$ 4.950.000,00
					$ 6.300.000,00

3,00	**APORTE ESAL**				
3,10	Acompañamiento para actividades lúdicas y recrreativas	Mes	4,50	$ 1.800.000,00	$ 8.100.000,00
3,20	Celebracion de cumpleaños y actividades no cotidianas	global	1,00	$ 900.000,00	$ 900.000,00
				VALOR APORTE ESAL	**$ 9.000.000,00**

VALOR TOTAL APORTE MUNICIPIO (ECONÓMICO + ESPECIE)	**$ 168.116.500,00**
VALOR TOTAL APORTE ESAL	**$ 9.000.000,00**

VALOR TOTAL CONVENIO	**$ 177.116.500,00**

De acuerdo a lo contratado, la ejecución de las actividades en cumplimiento del alcance del objeto del contrato se encuentra en el anexo No.01

4. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

Según lo pactado en el contrato, se desarrolla el seguimiento así:

Periodo ejecutado						
Periodo a recibir		1	**Desde**	**26-03-2026**	**Hasta**	**09-05-2026**
Periodos recibidos acumulados incluye el de recibir	**Periodos recibidos**	1	**Periodos contratados**	N/A	**Periodos por ejecutar**	N/A

Garantía					
Cumplimiento	B-100077330	**Fecha expedición**	26/03/2026	**Fecha aprobación**	26/03/2026
Resp. civil extracontractual	N/A	**Fecha expedición**	N/A	**Fecha aprobación**	N/A

Conforme a los artículos 2.2.1.2.1.4.5 y 2.2.1.2.1.5.4 del Decreto 1082 de 2015, la exigencia de garantías no es obligatoria en la contratación directa y en el proceso de selección de mínima cuantía y en la adquisición en Grandes Superficies.

Seguridad Social Integral							
Nombre del contribuyente	No planilla	Base liquidación	Salud	Pensión	ARL	Parafiscales	Valor cancelado
			Mes	Mes	Mes	Mes	
FUNDACIÓN LA MAGIA DE SERVIR	MARZO 6017106678 ABRIL 6017123416	$ 1.750.905	04-2026 05-2026	N/A	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	$387.000,00 $ 385.900,00
ANGIE TATIANA MATEUS RODRIGUEZ	MARZO 37178975 ABRIL 37179021	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	N/A	$85.800,00 $508.300,00
LINA VALENTINA FLOREZ BUITRAGO	MARZO 6017018140 ABRIL 6017018337 6018823373	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	04-2026	N/A	$83.900,00 $499.100,00 $9.200,00
ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA	MARZO 8388557776 ABRIL 36853048	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	N/A	$310.000,00 $508.300,00
MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE	MARZO 8390162698 ABRIL 36853100	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	N/A	$310.000,00 $508.300,00

YURANY KATHERINE TORRES FORERO	MARZO 8389344598 ABRIL 37158981	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	N/A	$310.500,00 $508.300,00
JESICA PAOLA DURAN RIVERO	MARZO 60117065394 ABRIL 6017065432 6018822611	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	04-2026	N/A	$83.900,00 $499.100,00 $9.200,00
GYNA CRISTINA CASTILLO GONZALEZ	MARZO 8640706593 ABRIL 8641014976	$ 1.750.905	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	03-2026 04-2026	N/A	541.800 541.800
Total, base liquidación		**$14.007,240**	**Total, cancelado**				**$6.090.400,00**

Nota. Los parafiscales no son obligatorios para los contribuyentes independientes.

Verificación cumplimiento sistema de seguridad social integral		
Requisito		**Novedad**
Valor facturado	**$53.488.000,00**	N/A
Base liquidación (40% del valor facturado antes de IVA)	N/A	N/A
Base liquidación para cobrar acreditado con planilla (s)	N/A	N/A
Cumple el 40% de la IBC	N/A	N/A
Cumple periodo cotizado	Si	N/A

Tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato
Se realizó el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecidos en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hubo materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento.

6. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Con base a lo pactado en el contrato con las modificaciones si se realizan, las condiciones a la fecha del presente pago, desde lo financiero y contable, son las siguientes:

RELACIÓN PAGOS

BALANCE FINANCIERO			
CONCEPTO	**CONTRATADO**	**EJECUTADO**	**Porcentaje ejecución**
Valor aporte económico Municipio	161.816.500,00		
Valor aporte en especie del Municipio	6.300.000,00		
Valor aporte en especie Entidad sin ánimo de lucro Esal	9.000.000,00		
Valor adición aporte económico Municipio	0,00		
Valor adición aporte en especie del Municipio	0,00		
Valor adición aporte en especie Entidad sin ánimo de lucro Esal	0,00		
Valor acumulado aporte económico Municipio		0,00	0,00%
Valor acumulado aporte en especie del Municipio		0,00	0,00%
Valor acumulado aporte en especie entidad sin ánimo de lucro Esal		0,00	0,00%
Valor acta de pago parcial N° 01 aporte económico Municipio		53.488.000,00	30,20 %
Valor aporte en especie del Municipio pago parcial N° 01		1.400.000,00	0,79 %
Valor aporte en especie entidad sin ánimo de lucro Esal pago parcial N° 01		2.000.000,00	1,13 %
Saldo por Ejecutar aporte económico del Municipio		108.328.500,00	61,16 %
Saldo por ejecutar aporte en especie del Municipio.		4.900.000,00	2,77 %
Saldo por ejecutar aporte en especie entidad sin ánimo de lucro Esal		7.000.000,00	3,95%
Saldo a favor del municipio		$ 0,00	0,00
SUMAS IGUALES	**177.116.500,00**	**177.116.500,00**	**100%**

Con base a la naturaleza del contrato, los aspectos jurídicos de acuerdo a lo desarrollado a la fecha, son:

Modalidad de contratación	Convenio Interinstitucional de Asociación
Régimen de contratación	Estatuto general de la contratación
Estudios previos	Se encuentran de acuerdo a la necesidad a satisfacer, con el respectivo análisis de riesgo previsibles y estudio del sector según la modalidad
Garantía	No se requirió de conformidad al artículo 2.2.1.2.1.4.5 del decreto 1082 de 2015.
Contrato	Se suscribió de acuerdo a las normas del Convenio Interinstitucional de Asociación

Prórroga	N/A
Adición	N/A
Modificatorio	N/A
Suspensión	N/A
Reiniciación	N/A
Otro? Cual	N/A

8.RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN

Aspecto	Desarrollado
Verificación de la ejecución de las actividades específicas del contrato	Si
Seguimiento administrativo al contrato: ✔ Periodo ejecutado ✔ Garantía ✔ Personal ✔ Seguridad social integral ✔ Tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato	Si
Seguimiento contable y financiero al contrato	Si
Seguimiento jurídico en la ejecución del contrato	Si
Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.	Si
Valor a cancelar por el periodo recibido según el presente informe	$53.488.000,00

Que, de conformidad con lo anterior, el suscrito en calidad de supervisor (a) del contrato CERTIFICA que se cumplió a cabalidad con las actividades conforme a lo estipulado, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requerida, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas en el contrato, motivo por el cual están dadas las condiciones para el respectivo pago.

Se expide en el Municipio de Florián, Santander a los once (11) días del mes mayo del 2026.

ANYURY SIRLENY CASTILLO PINEDA
Secretaria de Salud Municipal
Supervisora

Proyecto: Anyuri Sirleni Castillo Pineda -secretaria Salud Municipalg
Aprobó: Anyuri Sirleni Castillo Pineda -secretaria Salud Municipal

FUNDACION LA MAGIA DE SERVIR

NIT:901844076-1

ANEXO No. 01 BALANCE TÉCNICO Y ECONÓMICO

DEL CONVEINSTERINSTITUCIONAL DE ASOCIACIÓN No. MF-CI-001-2026

BALANCE 01					
ITEM	DESCRIPCION	MESES	CANT	V/UNIT	V/PARCIAL
1,1,1	Servicio de coordinación y acompañamiento programa	1,5	1	$ 3.300.000,00	$ 4.950.000,00
1,1,2	Personal de Apoyo para el autocuidado de los adultos mayores en el centro de bienestar con disponibilidad 7 días de la semana - 24 horas	1,5	2	$ 3.300.000,00	$ 9.900.000,00
1,1,3	Persona de servicios varios	1,5	1	$ 2.900.000,00	$ 4.350.000,00
1,1,4	Servicio de nutricionista	1,5	1	$ 3.000.000,00	$ 4.500.000,00
1,1,5	Personal de cocina	1,5	2	$ 2.900.000,00	$ 8.700.000,00
1,2,1	Alimentación 4 tiempos así: desayuno, media mañana, almuerzo y cena	1,5	9	$ 1.050.000,00	$ 14.175.000,00
1,2,2	Auxilio de seguro funerario	1,5	9	$ 39.000,00	$ 526.500,00
1,2,3	Apoyo de materiales para realizar actividades cognitivas por parte del personal que labora en el centro	1,5		$ 300.000,00	$ 450.000,00
1,2,4	Elementos de aseo para infraestructura y servicio de lavandería. Guantes – Botiquín.	1,5		$ 1.100.000,00	$ 1.650.000,00
1,2,5	Servicio de transporte de los adultos mayores a citas médicas u otras necesidades	1,5		$ 700.000,00	$ 1.050.000,00
1,3,1	Insumos de caja de guantes de nitrilo color azul calibre 6 x 100 unidades	1,5	23	$ 35.000,00	$ 1.207.500,00
1,3,2	Insumo de tapabocas desechable para adulto und	1,5	200	$ 700,00	$ 210.000,00
1,3,3	Insumo de caja de gorro qururgico desechable x 100 unidades	1,5		$ 30.000,00	$ 45.000,00
1,3,4	Silla sanitaria plagable en aluminio resistente al agua, altura ajustable entre 45 y 55 cm, que soporte	N/A	2	$ 525.000,00	$ 1.050.000,00
1,3,5	Bascula de peso mecanica para adulto capacidad 136 kilogramos, dimensiones 27 x 33,5 x 12 cm material	N/A	1	$ 280.000,00	$ 280.000,00
1,3,6	Tensiometro digital profesional para adulto	N/A	1	$ 240.000,00	$ 240.000,00
1,3,7	Jabon Quirurgico Clorhexidina al 4% 1 L	N/A	1	$ 75.000,00	$ 75.000,00
1,3,8	Caja de gasas esteriles no tejida de 10 cm x 10 cm x 50 unidades	N/A	1	$ 45.000,00	$ 45.000,00
1,3,9	Caja de cinta micropore quirurgica 2"x6 unidades	N/A		$ 84.000,00	$ 84.000,00
	TOTAL				$ 53.488.000,00

JOSE ANTONIO GONZALEZ SANCHEZ
C.C. No. 79.178.903, USAQUEN, BOGOTA DC.
R/L: **FUNDACION LA MAGIA DE SERVIR**

ANEXO No. 01 BALANCE TÉCNICO Y ECONÓMICO DEL CONVEINSTERINSTITUCIONAL DE ASOCIACIÓN No. MF-CI-001-2026

BALANCE 01					
ITEM	DESCRIPCION	MESES	CANT	V/UNIT	V/PARCIAL
1,1,1	Servicio de coordinación y acompañamiento programa	1,5	1	$ 3.300.000,00	$ 4.950.000,00
1,1,2	Personal de Apoyo para el autocuidado de los adultos mayores en el centro de bienestar con disponibilidad 7 días de la semana - 24 horas	1,5	2	$ 3.300.000,00	$ 9.900.000,00
1,1,3	Persona de servicios varios	1,5	1	$ 2.900.000,00	$ 4.350.000,00
1,1,4	Servicio de nutricionista	1,5	1	$ 3.000.000,00	$ 4.500.000,00
1,1,5	Personal de cocina	1,5	2	$ 2.900.000,00	$ 8.700.000,00
1,2,1	Alimentación 4 tiempos así: desayuno, media mañana, almuerzo y cena	1,5	9	$ 1.050.000,00	$ 14.175.000,00
1,2,2	Auxilio de seguro funerario	1,5	9	$ 39.000,00	$ 526.500,00
1,2,3	Apoyo de materiales para realizar actividades cognitivas por parte del personal que labora en el centro	1,5		$ 300.000,00	$ 450.000,00
1,2,4	Elementos de aseo para infraestructura y servicio de lavandería. Guantes – Botiquín.	1,5		$ 1.100.000,00	$ 1.650.000,00
1,2,5	Servicio de transporte de los adultos mayores a citas médicas u otras necesidades	1,5		$ 700.000,00	$ 1.050.000,00
1,3,1	Insumos de caja de guantes de nitrilo color azul calibre 6 x 100 unidades	1,5	23	$ 35.000,00	$ 1.207.500,00
1,3,2	Insumo de tapabocas desechable para adulto und	1,5	200	$ 700,00	$ 210.000,00
1,3,3	Insumo de caja de gorro qururgico desechable x 100 unidades	1,5		$ 30.000,00	$ 45.000,00
1,3,4	Silla sanitaria plagable en aluminio resistente al agua, altura ajustable entre 45 y 55 cm, que soporte	N/A	2	$ 525.000,00	$ 1.050.000,00
1,3,5	Bascula de peso mecanica para adulto capacidad 136 kilogramos, dimensiones 27 x 33,5 x 12 cm material	N/A	1	$ 280.000,00	$ 280.000,00
1,3,6	Tensiometro digital profesional para adulto	N/A	1	$ 240.000,00	$ 240.000,00
1,3,7	Jabon Quirurgico Clorhexidina al 4% 1 L	N/A	1	$ 75.000,00	$ 75.000,00
1,3,8	Caja de gasas esteriles no tejida de 10 cm x 10 cm x 50 unidades	N/A	1	$ 45.000,00	$ 45.000,00
1,3,9	Caja de cinta micropore quirurgica 2"x 6 unidades	N/A		$ 84.000,00	$ 84.000,00
TOTAL					$ 53.488.000,00

JOSE ANTONIO GONZALEZ SANCHEZ
C.C. No. 79.178.903, USAQUEN, BOGOTA DC.
R/L: FUNDACION LA MAGIA DE SERVIR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901644076
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FUNDACION LA MAGIA DE SERVIR
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 4 N 1 B -135 BARRIO PLAZA NUEVA	TELEFONO:	3142566
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	S-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención en instituciones co
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	5017106578		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DIAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/m-m/dd):	2026/04/24		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		250291048

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 219.900	$ 0	$ 500	$ 0	$ 219.900	$ 500	$ 0	$ 219.400
SUBTOTALES:													**$ 219.900**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 219.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 70.100	$ 200	$ 70.300
SUBTOTALES:			**$ 70.100**	**$ 200**	**$ 70.300**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 52.600	$ 200	$ 52.800
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 35.100	$ 100	$ 35.200
SUBTOTALES:			**$ 87.700**	**$ 300**	**$ 88.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES					
																											PENSIÓN								SALUD								ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IRC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79148003	GONZALEZ SANCHEZ JOSE ANTONIO	DEPEND	NO OBLIG COTIZ PENSIONES	$ 1.750.905	FIJO			NO																			30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 219.900	$ 0	$ 219.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	1941201	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 387.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901844078
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FUNDACION LA MAGIA DE SERVIR
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 4 N 1 B -135 BARRIO PLAZA NUEVA	TELÉFONO:	3142566
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	8-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención en instituciones co
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6017123416	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO 2026
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/m/dd):		2026/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		283249134

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES:													**$ 216.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 216.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 70.100	$ 0	$ 70.100
SUBTOTALES:			**$ 70.100**	**$ 0**	**$ 70.100**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 52.600	$ 0	$ 52.600
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 35.100	$ 0	$ 35.100
SUBTOTALES:			**$ 87.700**	**$ 0**	**$ 87.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																									PENSIÓN							SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COLFONDOS	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79148993	GONZALEZ SANCHEZ JOSE ANTONIO	DEPEND	NO OBLIG A COT PENS SOAD	$ 1.750.905	FIJO			NO																		$ 0	30	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 215.900	$ 0	$ 216.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	1941201	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 385.900

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095486556	0	ANGIE TATIANA MATEUS RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	CL 3 NO 3 B 39		1234567		TATIANA7MATEUS@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	37178975	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	85.800	1.000	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37178975	2026-04-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNDOL	FNDUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1095486556	MATEUS RODRIGUEZ ANGIE TATIANA	1.750.905		X														0				3	3	0	5	PORVENIR-230301	291.818	46.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	291.818	36.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	291.818	1.600	0.00522	0	0	0	0	0	59	0	84.800	N	1663001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095486556	0	ANGIE TATIANA MATEUS RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	CL 3 NO 3 B 39		1234567		TATIANA7MATEUS@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	37178975	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	85.800	1.000	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37178975	2026-04-15	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
291.818	291.818	291.818	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	46.700	0	500	0	47.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	46.700	0	500	0	47.200
EPS(Administradoras: 1)				1	36.500	0	400	0	36.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	36.500	0	400	0	36.900
ARP(Administradoras: 1)				1	1.600	0	100	0	1.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	1.600	0	100	0	1.700
Gran Total					84.800	0	1.000	0	85.800

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095486556	0	ANGIE TATIANA MATEUS RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	CL 3 NO 3 B 39		1234567			TATIANA7MATEUS@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37179021	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37179021	2026-05-14	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	APPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1095486556	MATEUS RODRIGUEZ ANGIE TATIANA	1.750.905																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	508.300	N	1663601

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095486556	0	ANGIE TATIANA MATEUS RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	CL 3 NO 3 B 39		1234567			TATIANA7MATEUS@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37179021	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37179021	2026-05-14	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.200	0	0	0	9.200
Gran Total					508.300	0	0	0	508.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016019046		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LINA VALENTINA FLOREZ BUITRAGO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER		
DIRECCIÓN:	VEREDA VIANI	TELÉFONO:	3124407		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.		
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			5017018140	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2026
DIAS DE MORA:			10					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				248203340

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 46.700	$ 400	$ 47.100
SUBTOTALES										**$ 46.700**	**$ 400**	**$ 47.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 300	$ 0	$ 36.500	$ 300	$ 0	$ 36.800
SUBTOTALES													**$ 36.500**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 36.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE	PENSIONADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DOM	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP																									
																												ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1016019046	FLOREZ BUITRAGO LINA VALENTINA	INDEPEND		$ 1.750.905				NO	25																	230301-PORVENIR	1	$ 291.516	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 46.700	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 291.516	$ 36.500	$ 0	$ 36.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 83.900

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018619846
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VALENTINA FLOREZ SUTRAGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	VEREDA VIANI	TELÉFONO:	3124497
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			5017618337	TIPO DE PLANILLA:			1-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			246208416

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1018619846	FLOREZ SUTRAGO LINA VALENTINA	INDEPEND		$ 1.750.905				NO

N°	NOVEDADES: IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

N°	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	PARAFISCALES DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 215.900	$ 0	$ 218.900			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 499.100

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016815048		
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VALENTINA FLOREZ BUITRAGO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER		
DIRECCIÓN:	VEREDA VIANI	TELÉFONO:	3124407		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.		
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			50185823373	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/m/dd):			2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		285698738
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			b017018337	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2026/04/24

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230361	230361-PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA
No. Identificación: CC37697992
Dirección: VEREDA PUERTO PERLA
Telefono: 3124573158
Correo: SANTANASANABRIAALBALIBIA@GMAIL.COM
Ciudad: FLORIÁN
Número de Planilla: 8388557776

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA
Tipo y número de identificación	CC37697992
Número de planilla	8388557776
Fecha pago	2026-04-24
Número de autorización pago	25125041
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	310000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8388557776

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12500	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	297500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 37697992
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037		2380000	0	2380000	0	297500	0	0	0	12500	0

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 37697992	0	ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8730	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA PUERTO PERLA		3124573158		SANTANASANABRIAALBALIBIA@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	36853048	I	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36853048	2026-05-25	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 37697992	SANTANA SANABRIA ALBA LIBIA	1.750.905			X														0			30	30	0	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	1.750.905	0	1.750.905	9.200	0.00522	0	0	0	0	0	57	0	508.300	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 37697992	0	ALBA LIBIA SANTANA SANABRIA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8730	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA PUERTO PERLA		3124573158		SANTANASANABRIAALBALIBIA@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	36853048	I	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36853048	2026-05-25	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.200	0	0	0	9.200
Gran Total					508.300	0	0	0	508.300

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE
No. Identificación:	CC1002414650
Dirección:	VEREDA CAMPO HERMOSO
Telefono:	3142056224
Correo:	VARGASNUBIA369@GMAIL.COM
Ciudad:	FLORIÁN
Número de Planilla:	8390162698

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE
Tipo y número de identificación	CC1002414650
Número de planilla	8390162698
Fecha pago	2026-04-28
Número de autorización pago	25110607
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	310000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 8390162698

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12500	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	297500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1002414650
APELLIDOS Y NOMBRES: MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037		2380000	0	2380000	0	297500	0	0	0	12500	0

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1002414650	0	MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8121	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA CAMPO HERMOSO		3142056124			VARGASNUVIA369@GMAIL.COM		N

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	36853100	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36853100	2026-05-14	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	EPGT	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1002414650	VARGAS LAVERDE MIRTA NUBIA	1.750.905			X														0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	9.200	0.00522	0	0	0	0	0.57	0	508.300	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1002414650	0	MIRTA NUBIA VARGAS LAVERDE	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8121	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA CAMPO HERMOSO		3142056124			VARGASNUVIA369@GMAIL.COM		N

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	36853100	I	2026-04-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36853100	2026-05-14	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.200	0	0	0	9.200
Gran Total					508.300	0	0	0	508.300

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

Señor(a):	YURANY KATHERINE TORRES FORERO
No. Identificación:	CC1095485001
Dirección:	VEREDA LA COLORADA
Telefono:	3227589872
Correo:	YURANYTORRES629@GMAIL.COM
Ciudad:	FLORIÁN
Número de Planilla:	8389344598

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YURANY KATHERINE TORRES FORERO
Tipo y número de identificación	CC1095485001
Número de planilla	8389344598
Fecha pago	2026-04-24
Número de autorización pago	25102022
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	310500
Total Intereses de Mora	500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	12600	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	297900	1

8389344598

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1095485001
APELLIDOS Y NOMBRES: YURANY KATHERINE TORRES FORERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037		2380000	0	2380000	0	297500	0	0	0	12500	0

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095485001	0	YURANY KATHERINE TORRES FORERO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1084	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA LA COLORADA		3227588872			YURANITORRES629@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37158881	I	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37158881	2026-05-05	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPGT	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNDSOL	FNDSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1095485001	TORRES FORERO YURANY KATHERINE	1.750.905			X														0			30	30	0	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	9.200	0.00522	0	0	0	0	0	57	0	508.300	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1095485001	0	YURANY KATHERINE TORRES FORERO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	1084	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-271	VEREDA LA COLORADA		3227588872			YURANITORRES629@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37158881	I	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37158881	2026-05-05	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.200	0	0	0	9.200
Gran Total					508.300	0	0	0	508.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1095486546
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESICA PAOLA DURAN RIVERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN:	VEREDA LA CABAÑA	TELÉFONO:	3213394
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			60170653304	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DIAS DE MORA:			10		
FECHA PAGO (aaaa/m/dd):			2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	249215550

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230501-PORVENIR	1	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 46.700	$ 400	$ 47.100
SUBTOTALES:										**$ 46.700**	**$ 400**	**$ 47.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 300	$ 0	$ 36.500	$ 300	$ 0	$ 36.800
SUBTOTALES:													**$ 36.500**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 36.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																													PENSIÓN								SALUD							ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1095486546	DURAN RIVERO JESICA PAOLA	INDEPEND		$ 1.750.000				NO	25																230901-PORVENIR	1	$ 291.818	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 46.700	NUEVA EPS CM	1	$ 291.818	$ 36.500	$ 0	$ 36.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 83.900

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1095485548
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESSICA PAOLA DURÁN RIVERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	VEREDA LA CABAÑA	TELÉFONO:	3213364
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			60176654332	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/m-m/dd):			2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			249220065

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS941	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 219.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 219.900	$ 0	$ 0	$ 219.900
SUBTOTALES:													**$ 219.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 219.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										MOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1095485548	DURAN RIVERO JESICA PAOLA	INDEPEND		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 219.900	$ 0	$ 219.900			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 499.100

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090486546	NÚMERO PLANILLA:		60188222611	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESSICA PAOLA DURÁN RIVERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIAN	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	DIAS DE MORA:		0			
DIRECCIÓN:	VEREDA LA CABAÑA	TELÉFONO:	3213394	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		285723870
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEFENDIENTE	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		60177864432	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2026/04/24
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO								
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO						

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																													PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE	EXONERADO APORTES TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INF	ADMIN	ONAC GOT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	ONAC GOT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	ONAC GOT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ONAC GOT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1090486546	DURAN RIVERO JESSICA PAOLA	INDEPEND		$ 1.750.905				NO							A										230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 219.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1090486546	DURAN RIVERO JESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	31						C										230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 219.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109546654	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1090486546	DURAN RIVERO JESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	31						R										230301-PORVENIR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	NUEVA EPS CM	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109546654	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 9.200

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	GYNA CRISTINA CASTILLO GONZALEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1099207521
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-03-25
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1099207521
NOMBRE EMPLEADO	GYNA CRISTINA CASTILLO GONZALEZ
EPS	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8640708593
REFERENCIA PAGO(PIN)	8653637768
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2026-03
PERIODO SALUD	2026-03
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3861001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

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

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

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

SISTEMA GENERAL DE SALUD

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

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

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

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 541.800

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	GYNA CRISTINA CASTILLO GONZALEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1099207521
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-04-17
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1099207521
NOMBRE EMPLEADO	GYNA CRISTINA CASTILLO GONZALEZ
EPS	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8641014976
REFERENCIA PAGO(PIN)	8653637768
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-04
PERÍODO SALUD	2026-04
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3861001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

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

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

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

SISTEMA GENERAL DE SALUD

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

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

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

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 541.800