GS-2026- 083320 -DISAN

Bogotá, 14 de septiembre2026

Señor Coronel
LUIS FERNANDO BURGOS MEJIA
Subdirector de Sanidad de la Policía Nacional
Bogotá D.C.

ASUNTO: informe de supervisión del Contrato 07-7-20104-26.

TIPO DE INFORME

Periódico _X_ o final ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**10/08/2026**	**Hasta**	**9/9/2026**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2026-050971-DISAN de fecha 10 de junio de 2026 el señor Mayor LARRY MARCEL MOLANO JIMENEZ obrando en calidad de Jefe Grupo Contratos (E) DISAN, notificó como supervisor del contrato del asunto, al señor Mayor CRISTIAN ANDRES SAAVEDRA RICAURTE Jefe Grupo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN.

Mediante orden administrativa 26-243 el Capitán **RICARDO ARTURO MORAN MELO** es nombrado Jefe Grupo tecnologías de la Información y Las Comunicaciones (E).

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual.
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 2**

1. Informe de supervisión, del periodo comprendido entre el 10/06/2026 y el 09/07/2026, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-062743-DISAN.
2. Informe de supervisión, del periodo comprendido entre el 10/07/2026 y el 09/08/2026, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-072509-DISAN.

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	07-7-20104-26
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS Y ESCÁNER DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE INCLUYE REPUESTOS Y MANO DE OBRA
Contratista	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS S.A.S
Representante legal	YEISON JONAS GARZON GONZALEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	$ 100.000.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	$ 100.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	174 días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	10/06/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/11/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	(N/A)
Otros	(N/A)

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Cumplimiento Obligaciones Legales Del Contratista

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1.Cumplir con el objeto del contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación del proceso de selección, entregando los mantenimientos preventivos y/o correctivos y los repuestos con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y los anexos técnicos.	SI	
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	
3) Responder en los plazos que la DIRECCIÓN DE SANIDAD establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	
4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	
5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección de Sanidad o quien haga sus veces, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	

6) Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes que se causen con motivo del traslado de los elementos, insumos y equipos relacionados con la ejecución del contrato, estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, que se llegase a celebrar, incluyendo los impuestos.	SI	
7) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	
8) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	
9) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	
10) Restituir a LA DIRECCIÓN DE SANIDAD los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.	SI	
11) Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	
12) Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubie sido necesario tramitar antes del inicio, durante y al final del servicio de adquisición de los equipos, se asumidas como responsabilidad del contratista.	SI	
13) Informar si la empresa presenta sanciones vigentes en el Registro Único de infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible por el concepto que se va a contratar, la cual se encuentra disponible en la página web de la Agencia Nacional de Licencias Ambientales ANLA www.ama.gov.co, (link: "trámites y servicios", luego clic en "RUIA' y escoger la opción "RUIA VITAL"). y anexar pantallazo.	SI	
14) Asumir su corresponsabilidad social con una gestión integral de Residuos de Aparatos Eléctricos Electrónicos (RAEE), a través de la devolución de estos residuos de manera voluntaria y responsable acuerdo con las disposiciones que se establezcan para tal efecto.	SI	
15) Reconocer y respetar el derecho de todos los ciudadanos a un ambiente saludable	SI	
16)Adjuntar certificaciones en donde deje constancia si la empresa participante actualmente está en un programa de gestión con las autoridades ambientales, o hace parte de ECODIRECTORIOS EMPRESARIALES y las relacionadas con la aplicación de buenas prácticas ambientales implementadas al interior de la empresa.	SI	

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES	CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	Realizar el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto a todo costo para los equipos de cómputo, periféricos y escáner, pertenecientes a la Dirección de Sanidad, los cuales actualmente se encuentran en funcionamiento.	SI	
1.2	En caso de daño de algún componente electrónico y/o mecánico de la máquina, durante el mantenimiento Correctivo, por manipulación inadecuada o procedimiento técnico mal ejecutado, el proponente asumirá, sin costo adicional para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el valor de la reparación con el respectivo cambio de la pieza o componente dañado, aplicando los criterios de oportunidad (tiempos) de respuesta para la reparación de la máquina.	SI	
1.3	El personal profesional, tecnólogo o técnico que presta el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto, deberá tener su propio kit de herramientas y elementos de limpieza de computadores para realizar las labores asignadas.	SI	
1.4	Para el realizar el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto debe contar con personal idóneo y se realizarán en las instalaciones de la Dirección de Sanidad con las herramientas adecuadas, no se destaparán los equipos, ni se realizarán cambios de repuestos sin el debido consentimiento y previa aceptación por parte de un funcionario del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN, para proceder con los cambios de cualquiera de los repuestos.	SI	
1.5	El oferente se comprometerá en virtud del contrato a entregar un informe mensual de las actividades realizadas dentro del tiempo de la garantía.	SI	
1.6	El oferente prestará el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto en el lugar donde se encuentran ubicados los equipos físicamente, salvo que por razones técnicas sea necesario el traslado únicamente a los laboratorios de la firma contratista. Para todos los equipos computo, escáner.	SI	
1.7	El oferente debe contar como mínimo con una línea telefónica de soporte y correo electrónico con el fin de coordinar lo pertinente al objeto del contrato a suscribir	SI	
1.8	En caso de presentarse demora en la atención o solución de fallas, el supervisor podrá exigir una compensación en tiempo de servicio o en actividades propias del objeto del contrato que se llegue suscribir proporcional al retardo ocurrido y reportado, para esta actividad se realizará	SI	

	una reunión entre el supervisor y el contratista donde se levantará un acta registrando en ella las actividades y compromisos a realizar, así como los tiempos de ejecución.		
1.9	Los repuestos suministrados por el oferente como son discos duros, board, memorias procesadoras, fuentes de poder, deben ser con una fecha de fabricación no anterior al año 2024 deben venir sellados.	SI	
	2. MANTENIMIENTO CORRECTIVO		
2.1	El oferente garantizara el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto (software, hardware) a los equipos que lo requieran, de acuerdo a las órdenes de trabajo que expida la mesa de ayuda del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN.	SI	
2.2	El oferente atenderá el llamado de la Dirección Sanidad dentro de un tiempo máximo de cuatro (4) horas, el técnico y/o profesional asignado para el cambio de algún repuesto que se requiera. Previa coordinación con el grupo de mesa de ayuda.	SI	
2.3	El tiempo máximo para dar solución a los requerimientos generados por la mesa de ayuda, mediante orden de servicio será de un (1) día hábil, los cuales deberán atenderse de acuerdo su prioridad.	SI	
2.4	En caso de que la reparación de un equipo o periférico demore más de tres (3) días hábiles, el proveedor deberá suministrar, en un término no mayor a un (1) día hábil, un equipo o periférico de soporte, de iguales o superiores características técnicas al averiado durante el tiempo que dure la reparación.	SI	
2.5	El oferente realizara el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto el cambio de todas las partes con repuestos originales, que se encuentren averiadas, dañadas y/o defectuosas, que sean necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos de cómputo del total de los elementos relacionados como son Discos duros, memorias, boards, procesadores, fuentes de poder, y los periféricos correspondientes.	SI	
2.6	El oferente realizará el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto y el cambio de todas las partes con repuestos originales, que se encuentren averiadas, dañadas y/o defectuosas, que sean necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los scanner, pad assy pick rollers, braker rollers, rodillos guías, lámparas, carcasas, motores, piñonería; espejos, cabezal de escaneo, disco de vidrio, lámpara, diodos, filtro, motor, barra estabilizadora, cinturón, fuente de alimentación, puertos de interfaz, circuitos de control.	SI	
2.7	El oferente deberá suministrar todos los repuestos originales, nuevos, no remanufacturados, con una fecha de fabricación no anterior al año 2024, necesarios para su correcto funcionamiento, previa supervisión de los técnicos del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN, estos deberán tener garantía de un año (1) y serán sin costo adicional para la Dirección de Sanidad. Luego del cambio de una parte (repuesto) el equipo o periférico debe quedar operando y en funcionamiento. En cada cambio de repuestos se debe presentar la factura para el visto bueno del Jefe Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN.	SI	
2.8	Las partes que se reemplacen deben ser de las mismas características o de superiores de las que tiene el equipo instalado, se debe garantizar por parte del contratista la calidad y funcionamiento normal del equipo.	SI	
2.9	Los Repuestos que se requieran y no se encuentren en la bolsa de repuestos serán suministrados por el CONTRATISTA previa autorización del supervisor del contrato. El proponente deberá adjuntar mínimo tres (3) cotizaciones que serán comparadas con una (1) cotización presentada por el supervisor y se escogerá el precio más bajo que cumpla con los requerimientos para solucionar la falla presentada.	SI	
	3. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO		
3.1	El oferente certifica que cuenta con UN (1) técnico o tecnólogo en sistemas con título otorgado por entidad educativa debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, en sistemas, informática, electrónica, telecomunicaciones y/o carreras afines el cual deberá contar con experiencia técnica de un (1) año y experiencia especifica en mantenimiento de equipos de cómputo periféricos, scanner. Para lo cual anexa certificación firmada por el representante legal del oferente. Presentar dentro de los 3 días posteriores a la adjudicación del proceso, la hoja de vida del citado técnico o tecnólogo al supervisor de contrato, junto con el FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO anexando los documentos soportes solicitados en el mismo.	SI	
	4. GARANTÍA TÉCNICA		
4.1	El proponente amparará el riesgo de mala calidad o mal funcionamiento de los bienes, durante el plazo de ejecución, buscando cubrir los riesgos de daños causados a la entidad durante la vigencia del contrato y un (1) año más.	SI	
	5. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
5.1	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".	SI	

5.2	El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta certificado no superior a tres meses emitido por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o unión es temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	
	6. CONDICIONES AMBIENTALES		
6.1	Informar si presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar oficio donde manifieste si la empresa cuenta o no con sanciones abiertas por incumplimiento a la legislación ambiental colombiana.	SI	
6.2	Cualquier infracción ambiental por violación de la normatividad vigente aplicable, o por omisión de permisos o licenciamiento ambiental que hubiese sido necesario tramitar antes del inicio del contrato, en el transcurso y/o después de la actividad contractual, será asumida como responsabilidad del contratista.	SI	
6.3	En caso de generarse residuos peligrosos y/o de aparatos eléctricos y electrónicos, los mismos deberán disponerse a través de un gestor externo autorizado con licencia ambiental aplicable, de acuerdo a la normatividad legal vigente, suministrando al supervisor del contrato la documentación que soporte dicha gestión cuando se requiera	SI	
6.4	El contratista deberá atender los requerimientos que se establezcan en el marco del Sistema de Gestión Ambiental de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, con motivo de la actividad contractual.	SI	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No aplica

3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido 90 días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (84) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS

Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de CIEN MILLONES DE PESOS ($100.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, IVA INCLUIDO.

La Dirección de Sanidad cancelará el valor del contrato, en pagos mensuales dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta en la ventanilla de Central de cuentas de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, ubicada en la calle 44 No 50-51 CAN de la ciudad de Bogotá, acompañada del Recibo de Satisfacción Técnico-Económico expedido por el Supervisor del contrato y cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme de acuerdo al derecho a turno y programación del Plan Anual de Caja (PAC).

El pago se hará a la siguiente cuenta:

Ahorros	X	**Corriente**		**No.**	0693001483	**Banco:**	**BBVA**

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 100.000.000	100,00%
Valor total de las entregas	$88.678.634	88,68%
Valor total facturado	$88.678.634	88,68%
Valor facturado pendiente de pago	$30.176.858	30,18%
Valor pagado	$58.501.776	58,50%
Valor pendiente de entrega	$11.321.366	11,32%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
3	$30.176.858	09/09/2026	$30.176.858	FE1264	TRAMITE	TRAMITE	TRAMITE

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*

5 RECOMENDACIONES

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: **El servicio de** mantenimiento correctivo de los equipos de cómputo, periféricos y escáneres de la Dirección de Sanidad **no se prestó durante el mes de noviembre. Esto se debe a que** el contratista no se presentó oficial ante esta dependencia**, motivo por el cual** no ha sido posible dar cumplimiento a las actividades contratadas.

6 CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI __**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO_x__	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

Capitán **RICARDO ARTURO MORAN MELO**
Jefe Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN (E)
Supervisor contrato 07-7-20104-26
Correo: Ricardo.moranm@correo.policia.gov.co
Celular: 3173635558

Ciudad y fecha:	Bogotá D.C.10 de septiembre de 2026
Unidad:	Dirección de Sanidad de la Policía Nacional
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	07-7-20104-26
Constancia de recibido No.	03
Contratista:	ATS ALL TECHNOLOGICAL SERVICES SAS
NIT del contratista:	900627060
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE EQUIPOS DE COMPUTO PERIFERICOS Y ESCANER DE LA DIRECCION DE SANIDAD
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 100.000.000 moneda legal vigente
Plazo de ejecución:	Vigencia 2026: CINCO MESES
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	DISAN: Calle 44 N 50 51 CAN, Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	No
Nombre del supervisor/coordinador	Capitan RICARDO ARTURO MORAN MELO Jefe Gutic DISAN (E)

del contrato y cargo que desempeña:	
Fecha de entrega certificada:	Indicar el período de entrega que se está certificando. de septiembre de 2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
DISAN	16		N/A	30.176.858	N/A	30.176.858

Acta de recepción de bienes	N/A

NO. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA	NOTA CRÉDITO O DÉBITO	VALOR NETO
FE1264	09 septiembre 2026	30.176.858	N/A	30.176.858
TOTAL				30.176.858

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: MANTENIMIENTO CORRECTIVO, DE EQUIPOS DE COMPUTO PERIFERICOS Y ESCANER DE LA DIRECCION DE SANIDAD se prestó durante los meses de septiembre de 2026 en la Dirección de Sanidad, cumpliendo con lo establecido en el objeto del contrato, de acuerdo a las especificaciones técnicas, términos y condiciones establecidas.

Por lo anterior, es viable proceder con el pago de acuerdo con la factura emitida por el contratista"

No		CUMPLIÓ SI_X_ No___	Observaciones y Evidencias
1.1	Realizar el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto a todo costo para los equipos de cómputo, periféricos y escáner, pertenecientes a la Dirección de Sanidad, los cuales actualmente se encuentran en funcionamiento.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
1.2	En caso de daño de algún componente electrónico y/o mecánico de la máquina, durante el mantenimiento Correctivo, por manipulación inadecuada o procedimiento técnico mal ejecutado, el proponente asumirá, sin costo adicional para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el valor de la reparación con el respectivo cambio de la pieza o componente dañado, aplicando los criterios de oportunidad (tiempos) de respuesta para la reparación de la máquina.	SI	El técnico trae su kit y herramientas para los mantenimientos
1.3	El personal profesional, tecnólogo o técnico que presta el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto, deberá tener su propio kit de herramientas y elementos de limpieza de computadores para realizar las labores asignadas.	SI	El técnico es idóneo para realizar los cambios de los repuestos
1.4	Para el realizar el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto debe contar con personal idóneo y se realizaran en las instalaciones de la Dirección de Sanidad con las herramientas adecuadas, no se destaparán los equipos, no se realizarán cambios de repuestos sin el debido consentimiento y previa aceptación por parte de un funcionario del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN, para proceder con los cambios de cualquiera de los repuestos.	SI	Se han realizado los cambios de los repuestos en las instalaciones de la DISAN
1.5	El oferente se comprometerá en virtud del contrato a entregar un informe mensual de las actividades realizadas dentro del tiempo de la garantía.	si	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
1.6	El oferente prestará el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto en el lugar donde se encuentran ubicados los equipos físicamente, salvo que por razones técnicas sea necesario el traslado únicamente a los laboratorios de la firma contratista. Para todos los equipos computo, escáner.	SI	Aplica hasta el final del contrato.
1.7	El oferente debe contar como mínimo con una línea telefónica de soporte y correo electrónico con el fin de coordinar lo pertinente al objeto del contrato a suscribir.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
1.8	En caso de presentarse demora en la atención o solución de fallas, el supervisor podrá exigir una compensación en tiempo de servicio o en actividades propias del objeto del contrato que se llegue suscribir proporcional al retardo ocurrido y reportado, para esta actividad se realizará una reunión entre el supervisor y el contratista donde se levantará un acta registrando en ella las actividades y compromisos a realizar, así como los tiempos de ejecución.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.1	El oferente garantizara el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto (software, hardware) a los equipos que lo requieran, de acuerdo a las ordenes de trabajo que expida la mesa de ayuda del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.2	El oferente atenderá el llamado de la Dirección Sanidad dentro de un tiempo máximo de cuatro (4) horas, el técnico y/o profesional asignado para el cambio de algún repuesto que se requiera. Previa coordinación con el grupo de mesa de ayuda.	SI	. Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.3	El tiempo máximo para dar solución a los requerimientos generados por la mesa de ayuda, mediante orden de servicio será de un (1) día hábil, los cuales deberán atenderse de acuerdo su prioridad.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.4	En caso de que la reparación de un equipo o periférico demore más de tres (3) días hábiles, el proveedor deberá suministrar, en un termino no mayor a un (1) día hábil, un equipo o periférico de soporte, de iguales o superiores características técnicas al averiado durante el tiempo que dure la reparación.	SI	So han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.5	El oferente realizara el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto el cambio de todas las partes con repuestos originales, que se encuentren averiadas, dañadas y/o defectuosas, que sean necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos de cómputo del total de los elementos relacionados como son Discos duros, memorias, boards, procesadores, fuentes de poder, y los periféricos correspondientes.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.6	El oferente realizara el servicio de mantenimiento correctivo incluido el repuesto y el cambio de todas las partes con repuestos originales, que se encuentren averiadas, dañadas y/o defectuosas, que sean necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los scanner, pad assy pick rollers, braker rollers, rodillos guías, lámparas, carcasas, motores, piñonería, espejos, cabezal de escaneo, disco de vidrio, lámpara, diodos, filtro, motor, barra estabilizadora, unturón, fuente de alimentación, puertos de interfaz, circuitos de control.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.7	El oferente deberá suministrar todos los repuestos originales, nuevos, no remanufacturados, con una fecha de fabricación no anterior al año 2025, necesarios para su correcto funcionamiento, previa supervisión de los técnicos del Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN, estos deberán tener garantía de un año (1) y serán sin costo adicional para la Dirección de Sanidad. Luego del cambio de una parte (repuesto) el equipo o periférico debe quedar operando y en funcionamiento. En cada cambio de repuestos se debe presentar la factura para el visto bueno del Jefe Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DISAN.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
2.8	Las partes que se reemplacen deben ser de las mismas características o de superiores de las que tiene el equipo instalado, se debe garantizar por parte del contratista la calidad y funcionamiento normal del equipo.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados

2.9	Los Repuestos que se requieran y no se encuentren en la bolsa de repuestos serán suministrados por el CONTRATISTA previa autorización del supervisor del contrato. El proponente deberá adjuntar mínimo tres (3) cotizaciones que serán comparadas con una (1) cotización presentada por el supervisor y se escogerá el precio más bajo que cumpla con los requerimientos para solucionar la falla presentada.	SI	
3.1	El oferente certifica que cuenta con UN (1) técnico o tecnólogo en sistemas con título otorgado por entidad educativa debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, en sistemas, informática, electrónica, telecomunicaciones y/o carreras afines el cual deberá contar con experiencia técnica de un (1) año y experiencia específica en mantenimiento de equipos de cómputo periféricos, scanner. Para lo cual anexa certificación firmada por el representante legal del oferente. Presentar dentro de los 3 días posteriores a la adjudicación del proceso, la hoja de vida del citado técnico o tecnólogo al supervisor de contrato, junto con el FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO anexando los documentos soportes solicitados en el mismo.	SI	Cumple con el técnico solicitado
4.1	El proponente amparara el riesgo de mala calidad o mal funcionamiento de los bienes, durante el plazo de ejecución, buscando cubrir los riesgos de daños causados a la entidad durante la vigencia del contrato y un (1) año más.	SI	Se han realizado los mantenimientos a los equipos solicitados
5.1	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".	SI	Cumple no tiene sanciones
5.2	El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta certificado no superior a tres meses emitido por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o unión os temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación	SI	Cumple
6.1	Informar si presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar oficio donde manifieste si la empresa cuenta o no con sanciones abiertas por incumplimiento a la legislación ambiental colombiana.	SI	Cumple
6.2	Cualquier infracción ambiental por violación de la normatividad vigente aplicable, o por omisión de permisos o licenciamiento ambiental que hubiese sido necesario tramitar antes del inicio del contrato, en el transcurso y/o después de la actividad contractual, será asumida como responsabilidad del contratista.	SI	Cumple
6.3	En caso de generarse residuos peligrosos y/o de aparatos eléctricos y electrónicos, los mismos deberán disponerse a través de un gestor externo autorizado con licencia ambiental aplicable, de acuerdo a la normatividad legal vigente, suministrando al supervisor del contrato la documentación que soporte dicha gestión cuando se requiera.	SI	Cumple
6.4	El contratista deberá atender los requerimientos que se establezcan en el marco del Sistema de Gestión Ambiental de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, con motivo de la actividad contractual.	SI	Cumple

Firma_____

Capitan RICARDO ARTURO MORAN MELO
Jefe Gutic DISAN (E)
Supervisor Contrato 07-7-20104-26
Disan.gutic@policia.gov.co

All Technological Services S.A.S.
NIT. 900.627.060-9

No somos Autorretenedores - No somos Grandes Contribuyentes

IVA Régimen Común

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764111882840 que habilita desde FE 1022 hasta FE 1500. Vence 2028-06-30

Tarifa 9.66x1000

Factura Electrónica De Venta No

FE 1264

CLIENTE	LA NACION POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD		
NIT	830041314 4	CIUDAD	Bogota D.C.
DIRECCIÓN	CL 44 N 50-51 PRIMER PISO CAN	TELÉFONO	2207454

FECHA FACTURA	09-sept-26	FECHA VENCIMIENTO	08-oct-26	FORMA DE PAGO	Credito

POR CONCEPTO DE:

CARTA DE ACEPTACION No 07-7-20104-26, CUYO OBJETO ES: "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS Y ESCÁNER DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE INCLUYE REPUESTOS Y MANO DE OBRA #$16-01-02-000; 07-7-20104-26; cristian.saavedra1093@correo.policia.gov.co#$

Item	Cantidad	Descripción	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	42	ITEM 1 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO, DISCO DURO 1 TERA SSD NVMe PCIe 4.0 NV2	202.081	19%	38.395	8.487.388
2	60	ITEM 7 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO MEMORIA 8GB DDR4 PARA PORTATIL	59.876	19%	11.377	3.592.588
3	10	ITEM 13 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO BOARD DELL 7780	411.739	19%	78.231	4.117.395
4	10	ITEM 18 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO PANTALLA LENOVO M920Z	359.482	19%	68.301	3.594.815
5	12	ITEM 15 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO, KIT DE RODILLOS PARA SCANER EPSON GT-S85	93.655	19%	17.794	1.123.855
6	14	ITEM 4 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO, DISCO DURO DE 512 GIGAS ESTADO SOLIDO SATA CON CONECTOR DE DATOS Y PODER	120.693	19%	22.932	1.689.706
7	10	ITEM 14 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO FUNETE DE PODER DELL 7780	120.948	19%	22.980	1.209.479
8	67	ITEM 8 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO, MOUSE USB ÓPTICO NETSCROLL	9.622	19%	1.828	644.664
9	67	ITEM 10 - SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO RESPUESTO TECLADOS CONECTOR USB	13.415	19%	2.549	898.813

Valor en Letras **Total Items** 9

TREINTA MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**25.358.704**
IVA	**4.818.154**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**30.176.858**

Banco BOGOTA Cuenta Corriente No 024275901 Banco BBVA CUENTA DE AHORROS No. 0693001483 - ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 08/09/2026 10:44:28

Medios de Pago: Acuerdo mutuo

La presente factura cambiaria de compraventa se asimila a todos sus efectos legales a la letra de cambio, cumpliendo con las leyes vigentes (Articulo 884 del código de comercio). Vencido el plazo de esta factura se cobraran intereses por mora autorizados.

PARAFISCALES	INFORMES Y/O REPORTES
Firma responsable	**Firma y Sello Cliente**

CLL 66 # 105C 33 Teléfono 6013749901 - 3005569634
Correo Electrónico ats.technological@gmail.com

CUFE: ecba94d6319cf4cdeb0643710757d25ae6f11b865f77e20513176b03e3f72d8dd74ee7c2d119359562d93dba3792f29e --Expedición: 09/09/2026 09:38 AM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

Ats All Technological Services S.A.S

Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Bogotá D.C. Septiembre 3 de 2026

Señores
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL
Ciudad

Yo YEISON JONAS GARZON GONZALEZ, identificado con cedula de ciudadanía No 80017073 de Bogotá, en mi condición de Representante Legal de ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS identificada con Nit 900.627.060-9, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (**ICBF**) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Firma
Nombre YEISON JONAS GARZON GONZALEZ
C.C. No. 80017073 de Bogotá

Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S
Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones

Bogotá, D.C. 3 de septiembre de 2026

Señores
LA NACION POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD
Ciudad,

REFERENCIA: CARTA DE ACEPTACION No 07-7-20104-26

Respetados Señores:

Nos permitimos presentar el siguiente informe técnico realizado el mantenimiento correctivo a los equipos dispuestos en las especificaciones técnicas, Contrato de la referencia, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE COMPUTO PERIFERICO Y ESCANER DE LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE INCLUYE REPUESTOS Y MANO DE OBRA.

- **Cambio de discos duros, teclados, mouse, memorias, board pc.**

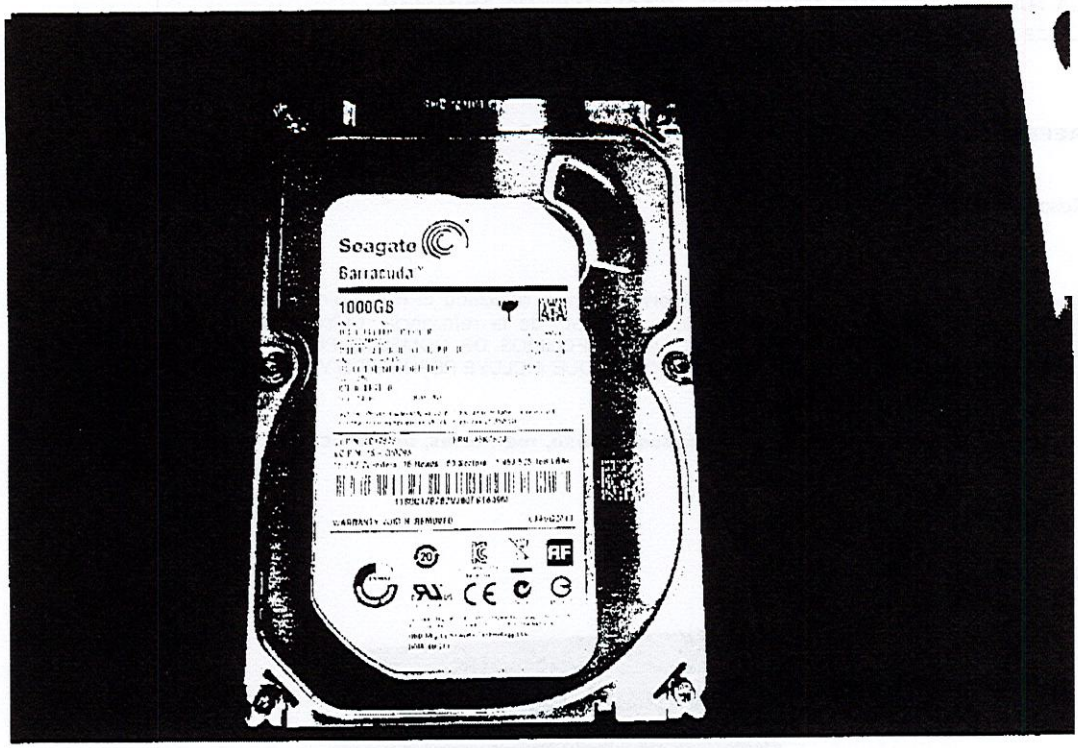
REGISTRO FOTOGRAFICO:



Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S

Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones

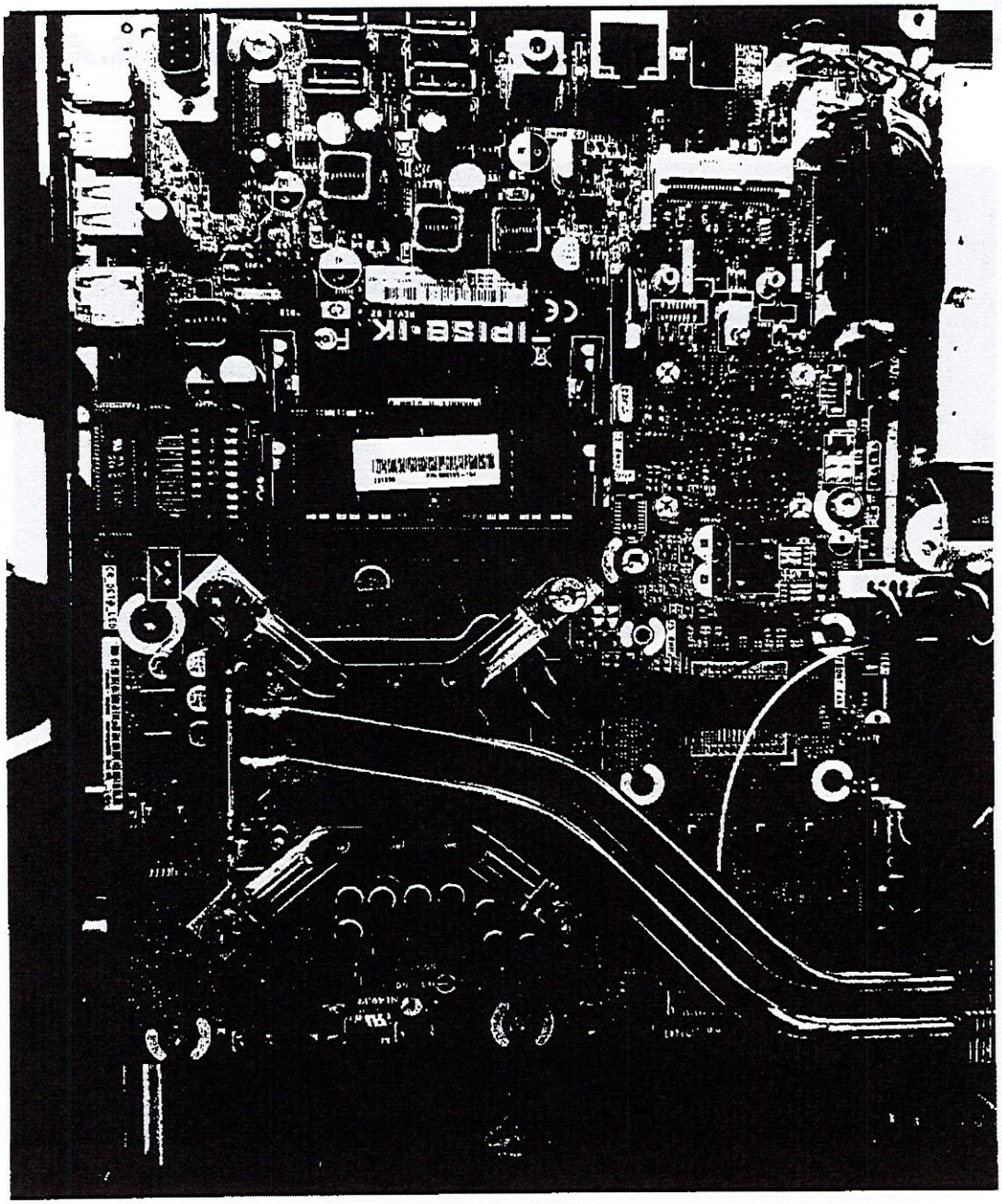




Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S

Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones



Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S

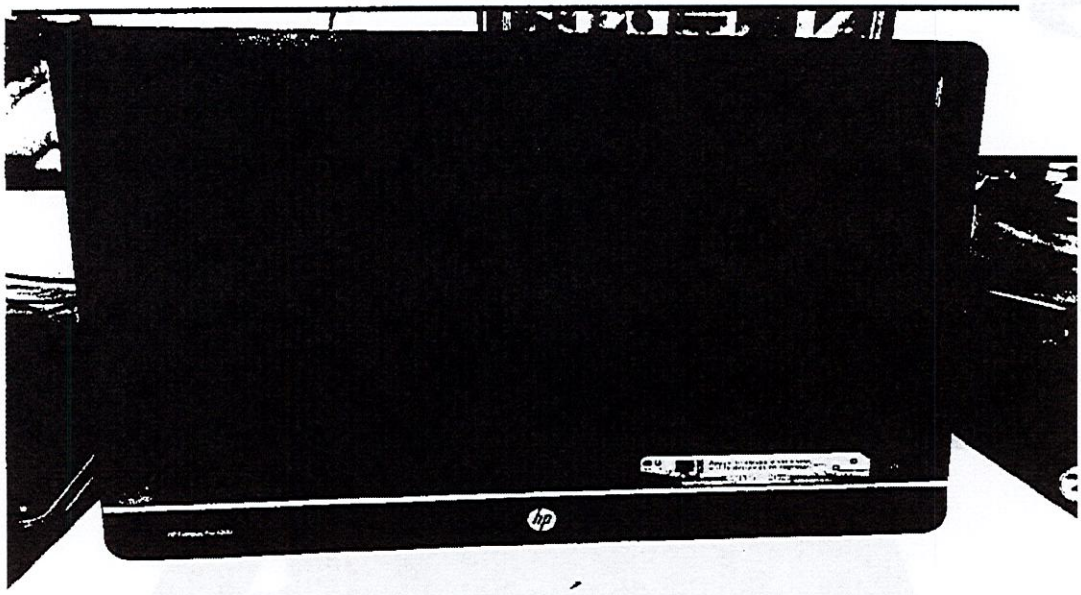
Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones

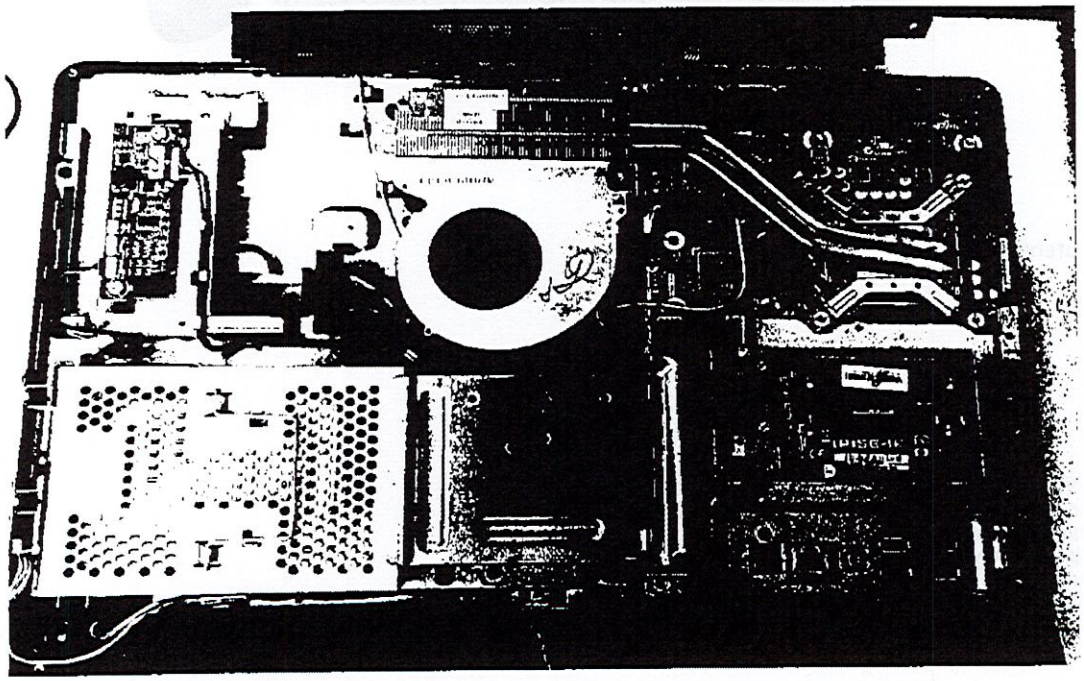


Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901 - 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S

Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones

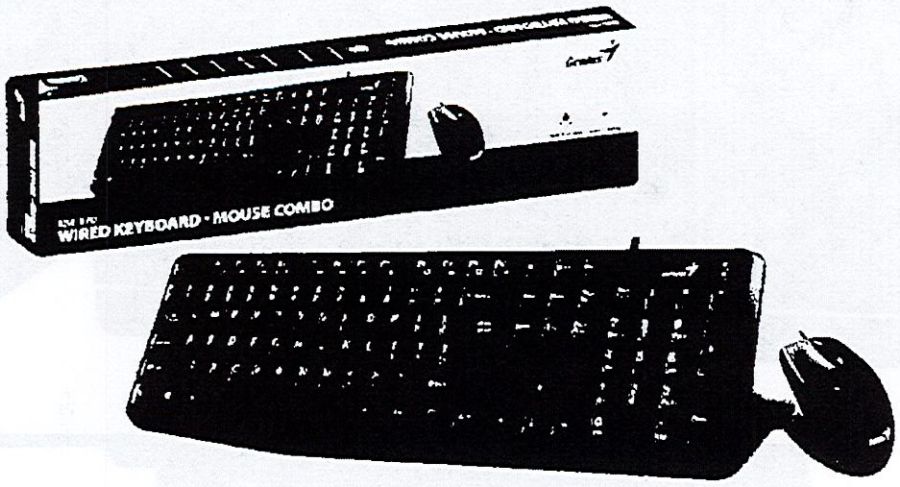




Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

Ats All Technological Services S.A.S

Equipos de Oficina e Informática y Telecomunicaciones



atentamente,

YEISON GARZÓN GONZÁLEZ
C.C. No.: 80.017.073 de Bogotá.
Representante Legal
ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS
NIT: 900627060-9

Calle 66 # 105c-33 Piso 1
Teléfonos: (601) 3749901- 3005569634 – 3102125763
Web: www.atsallservice.com
E mail. ats.technological@gmail.com

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
N	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					[illegible]	[illegible]
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	280.200	0	0	0	0	11	2.800	0	[illegible]	1
[illegible]	[illegible]	[illegible]	320.000	0	0	0	0	11	2.300	0	[illegible]	1
[illegible]	[illegible]	[illegible]	400.000	0	0	0	0	11	2.600	0	[illegible]	1
[illegible]	[illegible]	[illegible]	760.200	0	0	0	0	11	5.400	0	[illegible]	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	440.200	11	[illegible]	440.200	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	440.200	[illegible]
Pension	4	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	1	[illegible]	[illegible]
CCF	1	440.200	[illegible]
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGO [illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	S

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-01	E	24/02/2026	47741997	$2.717.900	

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | |

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			[illegible]	[illegible]	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA DIA MES ANO	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO DIA MES ANO	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
		[illegible]	[illegible]		
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS013	Sanitas EPS	[illegible]	[illegible]	0		0		0	13	[illegible]	0	[illegible]	1
EPS037	Compensar EPS	8301030544	440.000	0		0		0	13	47.600	0	234.400	1
EPS041	Nueva EPS	900156264	[illegible]	0		0		0	13	[illegible]	0	[illegible]	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección [illegible]	800225305	280.000	0	0	0	0	13	2.480	0	282.500	1
230301	Porvenir	8[illegible]	440.000	0	0	0	0	13	2.700	0	442.700	1
230501	Colfondos	8[illegible]	460.000	0	0	0	0	13	3.400	0	463.400	1
25714	Colpensiones	[illegible]	760.000	0	0	0	0	13	6.400	0	766.400	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-03	Positiva Seguros	860011153-6	57.700				57.700	13	505	58.205			$77	58.200	5

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
33-02	Colsubsidio	[illegible]	440.000	13	2.700	443.600	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	440.000	444.100
Pensión	4	1.700.000	1.705.000
Riesgos Laborales	1	57.700	58.200
CCF	1	440.000	443.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.637.700	2.651.000

Este documento cuenta con Pasado de Prueba por tratarse de un Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGINA 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900627004	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	Calle 66 1 50 38	3005	ats.tecnology@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B - Demas de Art		BOGOTA D C	BOGOTA D C		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		5447223	28/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$11.901.840	$2.721.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																								PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo y Numero de identificacion	Apellidos y Nombres																															Cod. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Tarifa	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	[redacted]																													23	[redacted]	30	[redacted]	0			0	EPS	[redacted]	30	[redacted]	14	[redacted]	0.522	1	[redacted]	55	[redacted]	30	[redacted]			0	0	0
CC	[redacted]																													23	[redacted]	30	[redacted]	0			0	EPS	[redacted]	30	[redacted]	14	[redacted]	0.522	1	[redacted]	55	[redacted]	30	[redacted]			0	0	0
CC	[redacted]																													23	[redacted]	30	[redacted]	0			0	EPS	[redacted]	30	[redacted]	14	[redacted]	0.522	1	[redacted]	55	[redacted]	30	[redacted]			0	0	0
CC	[redacted]																													23	[redacted]	30	[redacted]	0			0	EPS	[redacted]	30	[redacted]	14	[redacted]	0.522	1	[redacted]	55	[redacted]	30	[redacted]			0	0	0
CC	[redacted]																													23	[redacted]	30	[redacted]	0			0	EPS	[redacted]	30	[redacted]	14	[redacted]	0.522	1	[redacted]	55	[redacted]	30	[redacted]			0	0	0

compensar mip.anilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
N	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	N

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA DIA/MES/AÑO	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO DIA/MES/AÑO	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
		[illegible]	[illegible]	5	3
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	$17'[illegible]	$2'[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0		0		0	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]
EPS[illegible]	Sanitas EPS	[illegible]	[illegible]	0		0		0	1	1.00	0	[illegible]	1
EPS[illegible]	Famisanar EPS	[illegible]	[illegible]	0		0		0	1	[illegible]	0	[illegible]	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Protección (Ind + Protecmax)	8901287356-6	241.203	0	0	0	0	1	290	0	241.493	1
23030	Porvenir	8902244098-6	320.403	0	0	0	0	1	390	0	320.793	1
23201	Colfondos	8902279406-6	400.003	0	0	0	0	1	500	0	400.503	1
25-14	Colpensiones	9007630947	760.200	0	0	0	0	1	690	0	760.890	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	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	860011153-4	57.700				57.700	1	100	57.800			577	[illegible]	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ICBF				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Pensión	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CCF	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAR[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900627[illegible]	ALL TECHNOLOGY REAL SERVICES ATS SAS	Calle [illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B - Pagos d[illegible]	1		BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	S

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76703[illegible]	[illegible]	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	E	$11.021.610	$2.[illegible]	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	Cotizante a Exonerado	Cod AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod 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
[illegible]	[illegible]	[illegible]																						[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
[illegible]	[illegible]	[illegible]																						[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
[illegible]	[illegible]	[illegible]																						[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
[illegible]	[illegible]	[illegible]																						[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
[illegible]	[illegible]	[illegible]																						[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900627639	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	Calle 81 105C 33	3139028624	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO		
UNICA	B - Menos de 200		BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85527251	1/08/2026	6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
202605	202605	E	$11,627,952	$2,903,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS032	Salud Total EPS	800130907-4	150.500	0		0		0	39	5.100	0	155.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	120.500	0		0		0	39	3.900	0	124.400	1
EPS037	Famisanar EPS	830003564-7	140.200	0		0		0	39	4.800	0	145.000	2
EPS041	NUEVA EPS S.A. MOV	900156264-2	21.100	0		0		0	39	700	0	21.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800230739-0	364.000	0	0	0	0	39	10.400	0	374.700	2
230301	Porvenir	800224808-5	320.000	0	0	0	0	39	9.100	0	329.100	1
230201	Colfondos	800227940-5	400.000	0	0	0	0	39	11.400	0	411.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	760.200	0	0	0	0	39	21.500	0	781.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidandad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.500				60.500	39	1.800	62.300			605	62.300	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860073368-1	461.300	39	13.100	474.400	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	39	0	0	0
ICBF				
0	39	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	461.300	474.400
Pension	4	1.844.800	1.896.600
Riesgos Laborales	1	60.500	62.300
CCF	1	461.300	474.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	2.827.600	2.903.000

Este documento está asignado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de la [illegible]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901627360-9	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	Calle 46 # 95C-33	3005569634	ats.tecnological@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B Planes de 200		BOGOTA D.C	BOGOTA D.C		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88522261	23/04/2026	6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$11.527.052	$2.913.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACION NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	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	Tasa	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1014[illegible]102	[illegible] PARRA PARRA DANIELA	1	0			X																																									
CC 1065[illegible]120	MORALES GRANADOS [illegible] JALFF	1	0			51	X									X																															
CC [illegible]7791	TORRES [illegible] JULIANA ISABEL	1	0			51																																									
CC 1076[illegible]68	ROZO TRUJILLO [illegible] JANETH	1	0			16																																									
CC 1085[illegible]3	[illegible] MUÑOZ [illegible] ALVARO	1	0			16																																									
CC 1007[illegible]73	[illegible] [illegible] YESSICA [illegible]	1	0			51																																									

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830[illegible]9	ALLTECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	Calle 98 No 9[illegible]	3[illegible]4	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
UNICA	B - [illegible]			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92897[illegible]0	23/04/2026	7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	E	$12.569.442	$3.173.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	180.000	0		0		0	7	1.000	0	181.000	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	124.700	0		0		0	7	700	0	125.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	140.200	0		0		0	7	800	0	141.000	2
EPS041	NUEVA EPS S.A. BDUA	900156264-2	70.150	0		0		0	7	400	0	70.550	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800778739-0	560.400	0	0	0	0	7	2.900	0	563.300	2
230301	Porvenir	900224808-8	336.700	0	0	0	0	7	1.800	0	338.500	2
231001	Colfondos	830227943-6	400.000	0	0	0	0	7	2.100	0	402.100	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	760.200	0	0	0	0	7	3.900	0	764.100	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	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	67.600				67.600	7	400	68.000			676	68.000	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	515.000	7	2.700	517.700	7

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	*	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	4	515.000	517.500
Pension	4	2.659.500	2.670.300
Riesgos Laborales	1	67.600	68.000
CCF	1	515.000	517.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.159.500	3.173.000

Este documento está clasificado como PRIVADO de acuerdo a la Política de Clasificación de la Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900627000-9	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS	Calle 66 105C 33	3035669834	ats.technological@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B - Empresas Sin ARP		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
		92897513	23/06/2026	7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	E	$12,969,442	$3,173,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Pensionado	IRET	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SLE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Identificación	Cod. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. 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 1048[illegible]472	[illegible] FABIOLA RAMOS CASTAÑEDA	1	0																		23039	2.000.000	15	300.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	15	300.000	14/23	2.000.000	15	1	10.800	CCF02	2.000.000	15	85.000	0	0	0	0	0
2	CC 1032[illegible]110	YORELIS [illegible] NEGRETE JAUREGUI	1	0				16														23001	1.750.905	30	262.636	0	0	0	0	EPS041	1.771.905	30	23.000	14/23	1.750.905	30	1	9.450	CCF02	1.750.905	30	74.400	0	0	3	0	0
3	CC 1[illegible]45	ROZO [illegible] ANGELA [illegible]	1	0				5														23014	3.031.000	30	454.650	0	0	0	0	EPS018	3.150.000	30	120.000	14/23	3.000.000	30	1	16.000	CCF02	3.000.000	30	127.500	0	0	0	0	0
4	CC 1[illegible]014	[illegible] MENDOZA [illegible] HUMBERTO	1	0				5														23001	1.750.905	30	262.636	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.000	14/23	1.750.905	30	1	9.206	CCF02	1.750.905	30	74.400	0	0	0	0	0
5	CC 1[illegible]775	[illegible] GONZALEZ VERA [illegible] JAVIER	1	0				15														23001	2.800.000	15	420.000	0	0	0	0	EPS002	2.800.000	15	100.000	14/23	2.800.000	15	1	13.700	CCF02	3.500.000	15	106.000	0	0	0	0	0
6	CC 9[illegible]325	[illegible] [illegible] JAIMES [illegible]	1	0				2	4													23001	116.727	1	17.509	0	0	0	0	EPS037	116.727	1	4.700	14/23	116.727	2	1	700	CCF01	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0
7	[illegible]	TORRES TORRES LILIANA [illegible]	1	0				6														23014	1.750.905	30	262.636	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.000	14/23	1.750.905	30	1	9.450	CCF02	1.750.905	30	74.400	0	0	0	0	0

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NIT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			[illegible]	[illegible]	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA DIA MES AÑO	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO DIA MES AÑO	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		[illegible]	[illegible]		
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS01	Salud Total S.A.	800130907-4	760.000	0					5	600	0	760.600	2
EPS02	Sanitas EPS	830113831-7	420.000					0	6	600	0	420.600	1
EPS03	Nueva EPS	900156264-7	145.200	0					7	700	0	145.900	1
EPS04	NUEVA EPS S.A.M.C.J.	900156264-7	76.100						4	400		76.500	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección Vida + Protección	800227940-4	560.400	0	0	0	0	6	2.640	0	563.040	2
230301	Porvenir	800227940-4	321.300	0	0	0	0	6	1.500	0	322.800	1
230101	Colfondos	800227940-4	401.900	0	0	0	0	6	1.900	0	403.800	1
230104	Colpensiones	900336004-7	760.300	0	0	0	0	6	3.400	0	763.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	66.900				66.900	6	300	67.200			600	67.200	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF02	Colsubsidio	860007336-1	511.800	6	2.400	512.600	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	1.180.300	1.181.500
Pensión	4	2.049.600	2.049.600
Riesgos Laborales	1	66.900	67.200
CCF	1	510.300	512.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.806.100	3.811.900

Este documento [illegible] Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGINA 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900627081-4	ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS SAS		Calle 66 13A 30 33	7005504634	ats.technological@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B - Empresas diferentes			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93147992	21/07/2026	6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$12.782.715	$3.140.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Actualización	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cod. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Tarifa	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
[illegible]	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	0	0		[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																			25-14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		EPS [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF24	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		PEF [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		EPS [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA D/M/A AAAA	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO D/M/A AAAA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS[illegible]	Salud Total EPS	[illegible]	[illegible]	0		0		0	2	[illegible]	0	[illegible]	1
EPS[illegible]	Sanitas EPS	[illegible]	[illegible]	0		0		0	2	[illegible]	0	[illegible]	1
EPS[illegible]	Famisanar EPS	[illegible]	149.200	0		0		0	2	300	0	149.500	1
EPS[illegible]	NUEVA EPS S.A.MOV	[illegible]	[illegible]			0		0	2	[illegible]	0	[illegible]	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
14[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	2	[illegible]	0	[illegible]	1
14[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	2	600	0	[illegible]	1
14[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	2	[illegible]	0	[illegible]	1
25[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	2	[illegible]	0	[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	66.900				66.900	2	200	67.100			669	67.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF23	Colsubsidio	[illegible]	[illegible]	2	300	[illegible]	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	[illegible]	[illegible]
Pension	4	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	1	66.900	[illegible]
CCF	1	510.300	[illegible]
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	[illegible]	[illegible]

Este documento está firmado por [illegible] Privado Aeroporte de Transporte Especial de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG. 1 DE 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	9[illegible]0	ALLTECH BIOLOGICAL SERVICES ATS SAS		Calle 66 106C 33	7305[illegible]034	[illegible]@alltechbiologicalservices.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO		
UNICA	E [illegible] 200			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		9[illegible]2962	23 0[illegible]2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$12,752,715	$[illegible]	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACION NOVEDADES														PENSION							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES					
	Tipo y Numero de Identificacion	Apellidos y Nombres	Extranjero	Duplicado	Estudiante	Cotizante Independiente	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Ige	Cod AFP	IBC AFP	Dias	Cotizacion	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod EPS	IBC EPS	Dias	Cotizacion / Valor UPC	Cod ARL	IBC ARL	Tarifa	Clase de Riesgo	Cotizacion	Codigo CCF	IBC CCF	Dias	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]																				[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	0	[illegible]			[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141232407122

(415)7707217489984(8020) 000014123240712 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional / Impuestos de Bogotá	11. Buzón electrónico
9 0 0 6 2 7 0 6 0	9	3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
ALL TECHNOLOGICAL SERVICES ATS S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 66 105 C 33

42. Correo electrónico: ats.technological@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
9 5 1 1	2 0 1 3 0 6 1 3	9 5 2 1	2 0 1 3 0 6 1 3	3 3 1 4	4 7 4 1	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. regimen ordinar
55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retencion en la fuente a titulo de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electronico

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2026-01-28 / 03:59:17PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: GARZON GONZALEZ YEISON JONAS

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 10-04-2026 09:37:19AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141232407122

(415)7707212489984(8020) 000014123240712 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 2 7 0 6 0	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 3 0 6 0 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 0 6 1 8	
77. No. Matrícula mercantil	2 3 3 2 3 9 2	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 3 0 6 0 4	
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 7 0 1 0 2		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141232407122

(415)7707212489904(8020) 000014173240712 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 6 2 7 0 6 0 | 6. DV: 9

12. Dirección seccional (Impuestos de Bogotá): 3 2

13. Buzón electrónico

Representación

1

98. Representación: RPTRS LEGAL PRIN 1 8

99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 4 0 1 2 2

100. Tipo de documento: Cedula de Ciudadani

101. Número de identificación: 1 3 8 0 0 1 7 0 7 3

102. DV | 103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido: GARZON

105. Segundo apellido: GONZALEZ

106. Primer nombre: YEISON

107. Otros nombres: JONAS

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

2

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV | 103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

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

3

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV | 103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

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

4

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV | 103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

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

5

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV | 103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141232407122

(415)7707212409984(8020) 000014123240712 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900627060 | 6. DV: 9 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 13. Buzón electrónico: 32

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento: Cedula de Ciudadania | 149. Número de identificación: 1352027791 | 150. DV: 4 | 151. Número de tarjeta profesional: 76323

152. Primer apellido: TORRES | 153. Segundo apellido: TORRES | 154. Primer nombre: LILIANA | 155. Otros nombres: ISABEL

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

159. Fecha de nombramiento: 20240301