# CONSORCIO INTER CUNDINAMARCA
# NIT 901.982.558 - 9

0048.26 – PEÑ – GTC

Bogotá, 10 de abril 2026

Ingeniero:
**JOSE URIELSO MARTINEZ PRADA**
Representante Legal
CONSORCIO ASFALTANDO
**Contrato de obra No 461-2025**
Bogotá D.C

**Asunto:** Contrato de Interventoría No. ICCU–CTO–553-2025 INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL Y LEGAL AL PROYECTO "MEJORAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA VÍA EXISTENTE LA PEÑA - PASO EL REJO MUNICIPIO DE LA PEÑA DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA" – **Respuesta Su comunicación No 088 – 18-03-2026 - Informe mensual SST de Enero de 2026.**

Respetados Ingenieros.

Respetados Ingenieros.

Por medio del presente comunicado, nos permitimos dar respuesta al correo del asunto, con alcance de remisión de documentos el 31 de marzo de 2026, con lo cual se completaron los soportes de seguridad social de los informes SST de los períodos de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2025, por lo cual se da alcance al Comunicado 0043.26 –PEÑ-GTC, informando la aprobación de los citados informes.

Cabe aclarar que la presente aprobación, no exime al contratista de obra, de dar respuesta a observaciones y/o solicitudes de información posterior.

Sin otro particular,

Cordialmente

**LUIS FERNANDO VARGAS RODRIGUEZ**
**Director de Interventoria**
**Consorcio Inter Cundinamarca**

*Elaboró: Ing. Myriam E Sánchez (Prof. Ambiental & SST)*
*Copia: N/A*
*Anexos: N/A*
*D.M.: Contrato No. ICCU-CTO-553-2025*

CONSORCIO ASFALTANDO

Contrato No. ICCU-CTO-461 DE 2025

NIT: 901974155-0

**OBJETO DEL CONTRATO OBJETO: "MEJORAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA VÍA EXISTENTE LA PEÑA- PASO EL REJO MUNICIPIO DE LA PEÑA DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA**.,

Informe # 4 Componente SST

Periodo de reporte del 1 al 31 de enero 2026

BOGOTA 2026

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe consolida las actividades desarrolladas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el mes de **enero de 2026**, para el proyecto "Mejoramiento y Rehabilitación de la Vía La Peña – Paso El Rejo". El proyecto se mantiene en fase de **planeación, coordinación técnica y revisión de estudios y diseños**, sin ejecución de actividades operativas ni frentes de obra activos.

Las actividades del periodo se enfocaron en:

- Seguimiento documental y administrativo.
- Charlas de sensibilización enfocadas en bienestar y hábitos saludables.
- Inspecciones preventivas en la oficina administrativa.
- Revisión técnica continua del Programa de SST y Seguridad Industrial conforme al Anexo Técnico.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo General

Presentar el reporte mensual de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo desarrolladas durante enero 2026, garantizando el cumplimiento contractual y normativo aplicable.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Consolidar información referente al personal vinculado.
- Reportar las actividades preventivas desarrolladas en el mes.
- Presentar resultados de inspecciones aplicables al periodo.
- Dejar registro sobre accidentalidad e incidentes.
- Mantener la trazabilidad y control del sistema SST del proyecto.

## 3. ALCANCE

El informe comprende la gestión SST correspondiente al mes de enero 2026, la cual incluye:

- Personal vinculado y verificación documental.
- Inspecciones aplicables en etapa administrativa.
- Actividades de capacitación y charlas.
- Gestión de dotación y EPP.
- Equipos administrativos utilizados.
- Accidentalidad.
- Seguimiento a comités, permisos y señalización.

## 4. CONTROL DE PERSONAL VINCULADO – ENERO 2026

El personal exigido en el Anexo Técnico continúa vinculado conforme a las dedicaciones establecidas en el pliego de condiciones sin embrago se reportan 6 egresos. Anexo 1 : planillas de SS  Anexo 2 : paz y salvo – certificados de notificación examen medico de egreso.

### TABLA 1. PERSONAL REPORTADO – DICIMBRE 2025

| Cargo | Nombre | C.C. | Fecha afiliación ARL | Fecha afiliación EPS | Fecha afiliación AFP | Fecha EMO | Novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Residente de Obra** | Fernando Hidalgo | 80.419.122 | 05/02/2026 | 05/02/2018 | 01/05/2021 | 12/11/2025 | Retiro |
| **Profesional Social** | Martha Perico | 1.116.859.066 | 24/09/2025 | 07/08/2025 | 07/08/2025 | 07/10/2025 | Retiro |
| **Topógrafo** | Orlando Barrera | 912.171.72 | 16/09/2025 | 29/02/2024 | Pensionado | 21/01/2026 | |
| **Director de Obra** | Ronald Martínez | 800.758.20 | 05/11/2025 | 01/08/2015 | 05/11/2025 | 30/01/2026 | |
| **Especialista en Geotecnia** | Marco Antonio Sarmiento | 79.487.134 | 21/10/2025 | - | - | - | |
| **Especialista en Pavimentos** | Hugo Marroquin | 79.577.468 | 21/10/2025 | - | - | - | Retiro |
| **Especialista en estructuras** | Juan Quintero | 1.018.467.233 | 21/10/2025 | - | - | - | |
| **Especialista Ambiental** | Eliecer Mantilla | 1.116.778.829 | 21/10/2025 | - | - | - | Retiro |
| **Profesional SST** | Yademir Castañeda | 1.057.918.480 | 18/09/2025 | - | - | 25/09/2025 | Retiro |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Inspector 1** | Andrea Rodríguez | 1.064.719.675 | 24/09/2025 | - | - | 08/11/2025 | Retiro |
| **Inspector 2** | John Delgado | 1.094.264.435 | 22/10/2025 | - | - | - | |

## 5. MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHÍCULOS

Al igual que en el mes anterior:

- No se cuenta con maquinaria en campo.
- No se han iniciado actividades de obra.
- No se realizaron actividades administrativas

### Equipos utilizados

- Computadores.
- Impresora multifuncional.
- Equipos de oficina y comunicaciones.

No se identifican riesgos adicionales ni condiciones inseguras asociadas al uso de estos equipos ya que no se realizaron actividades administrativas.

## 6. CONTROL Y ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN

Para el mes de enero:

### NO se entregó EPP, debido a que:

- No existen actividades operativas ni administrativas

La entrega de dotación se efectuará **una vez inicie la operación y actividades de campo**, garantizando cumplimiento al Anexo Técnico y al SG-SST.

## 7. PERMISOS DE TRABAJO

### NO APLICA

No se ejecutaron actividades que requieran permisos de trabajo (altura, caliente, izaje, excavación, espacios confinados, etc.).

## 8. INSPECCIONES DE SST

Se realiza inspección a botiquín y extintor de oficina principal**- Anexo 3**

## 9. CHARLAS Y CAPACITACIONES – ENERO 2026

Durante el periodo de reporte no se realizaron charlas ni capacitaciones

## 10. ACCIDENTALIDAD E INCIDENTES

Para el periodo de enero :

**No se registraron accidentes**

**No se registraron incidentes de trabajo**

**Anexo 1 – Reporte de siniestralidad**

### 10.1 Consolidado Indicadores de Seguridad y Salud en el Trabajo – Noviembre

Durante el mes de diciembre no se presentaron accidentes ni ausencias laborales. La variación en HHT corresponde a la disminución de días laborados del periodo evaluado.

| Ítem | Indicador | Fórmula Aplicada | Resultado |
|---|---|---|---|
| 1 | Número de Trabajadores | Registro mensual | 11 |
| 2 | Días Laborados del Mes | Control de asistencia | 0 días |
| 3 | Horas Hombre Trabajadas (HHT) | 11 trabajadores × 44 h semanales × 3.5 semanas | 1694 HHT |
| 4 | Nº de Accidentes de Trabajo | Reporte SST | 0 |
| 5 | Índice de Frecuencia (IF) | (Accidentes × 200.000) / HHT | 0 |
| 6 | Días Perdidos por AT | Reporte SST | 0 |
| 7 | Índice de Severidad (IS) | (Días Perdidos × 200.000) / HHT | 0 |
| 8 | Ausentismo Laboral | (Horas Ausentes / Horas Programadas) × 100 | 0 % |

## 11. SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN

**NO APLICA**

- No existen frentes de obra activos.
- No hay tránsito vehicular asociado al proyecto.
- No se ha implementado PMT.

## 12. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE COMITÉS

Continúa sin aplicación hasta que inicien actividades en campo:

- Comité de Convivencia
- COPASST
- Brigada de Emergencias

Estos comités se conformarán en la fase operativa conforme a la normatividad vigente.

## 13. CONCLUSIONES

• Durante el período evaluado, el proyecto se encontraba en estado de suspensión y, aunque se retomó formalmente en el mes de enero, la entidad contratante no había definido los puntos de intervención ni autorizado actividades específicas. En consecuencia, no se desarrollaron actividades operativas asociadas al contrato.

# ANEXO 1
# PLANILLAS DE APORTES Y RESPUESTA A OFICIO NO. 056-05-02-2026 – INFORME MENSUAL SST OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025

# CONSORCIO ASFALTANDO

**Bogotá D.C. 26 de febrero de 2026**

Señores
**CONSORCIO INTER CUNDINAMARCA**
Dirección de Interventoría
Atn: **Ing. LUIS FERNANDO VARGAS RODRÍGUEZ**
Director de Interventoría

**Oficio No 075-26-02-2026**

**REFERENCIA: Contrato de obra No ICCU-CTO-461 -2025 " MEJORAMIENTO Y REHABILITACION DE LA VIA EXISTENTE LA PÉÑA – PASO DEL REJO MUNICIPIO DE LA PEÑA DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".**

**ASUNTO: Respuesta a Oficio No. 056-05-02-2026 – Informe mensual SST octubre y noviembre 2025**

Cordial saludo,

Respetados Ingeniero

En atención al oficio del asunto, nos permitimos dar respuesta a las observaciones formuladas frente a los informes SST de octubre V2 y noviembre V2 de 2025, así como a las consideraciones extendidas a los meses de diciembre de 2025 y enero de 2026.

En primer lugar, es necesario precisar que los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 y enero de 2026 corresponden contractualmente a la etapa de preconstrucción, específicamente a actividades de ajuste y revisión de diseños, atención de observaciones técnicas y subsanación de hallazgos formulados por el ICCU. Conforme a la estructura económica del contrato, la etapa de diseño estaba prevista para un (1) mes; no obstante, por indicaciones del cliente y por situaciones ajenas al Contratista, dicha etapa se extendió aproximadamente por tres (3) meses adicionales. Esta prolongación no es atribuible al Contratista.

Debe dejarse claro que la estructura económica del contrato contemplaba un mes para esta etapa y es bajo esa premisa que el Contratista mantiene su posición técnica. Durante los meses adicionales no se desarrollaron actividades constructivas ni existió operación plena en campo; dichos meses fueron destinados a la atención y subsanación de observaciones emitidas por el ICCU. En consecuencia, no resulta procedente atribuir ejecución operativa en meses como diciembre y enero donde no se adelantaron actividades de obra. Para estos tres meses se tramitará el acta de cobro correspondiente a la etapa de preconstrucción, conforme a la trazabilidad técnica y contractual del proyecto.

Respecto al informe SST de octubre de 2025 V2, cuando se radicó la versión 1 se relacionaron únicamente cinco (5) colaboradores, correspondientes al personal que contaba con documentación completa en archivo. Posteriormente, la Interventoría solicitó incluir la totalidad del personal cuyas hojas de vida habían sido previamente radicadas y aprobadas. Atendiendo dicha observación, se realizó la subsanación en la versión 2, incorporando el personal indicado.
Sin embargo, varios de esos trabajadores ya no se encontraban vinculados al proyecto al momento en que se solicitó el ajuste, y la solicitud de complementación documental se realizó en febrero de 2026, es decir, varios meses después de ejecutadas las actividades.
La documentación que reposa actualmente en las carpetas físicas y digitales corresponde a la información que fue posible consolidar oportunamente. Adicionalmente, durante la etapa de diseño el personal tenía una dedicación inferior al 50%, tratándose de apoyo técnico y no de una planta operativa permanente.

No existe omisión deliberada ni incumplimiento contractual; la información presentada corresponde a la realidad operativa de la etapa de preconstrucción.
En cuanto al informe SST de noviembre de 2025 V2, frente a las observaciones relacionadas con períodos de cotización, se reitera que el personal vinculado en esta etapa no se encontraba dedicado de manera exclusiva al contrato, y en su mayoría correspondía a personal antiguo con afiliación previa. No existía nómina operativa consolidada como la que actualmente funciona en etapa de ejecución. La documentación aportada corresponde a los soportes disponibles en archivo, no existiendo documentación adicional para ese período.

En relación con el señor Orlando Barrera, se adjunta certificación que acredita su condición de pensionado, documento que soporta la no obligación de cotización al sistema de pensión conforme a la normatividad vigente.

Frente a los exámenes médico-ocupacionales, reiteramos que en octubre V1 se adjuntó el personal que contaba con documentación completa. La inclusión posterior de personal ya desvinculado genera una imposibilidad material de aportar exámenes que no reposan en archivo del contrato. Actualmente, el personal vinculado a la etapa operativa cuenta con documentación integral y las carpetas completas se han venido radicando conforme a los requerimientos contractuales.

Manifestamos de manera respetuosa pero categórica que el Contratista no ha incumplido obligaciones relacionadas con el pago de seguridad social ni de aportes parafiscales. Conforme al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 828 de 2003 y el Decreto 1072 de 2015, la obligación consiste en realizar y acreditar el pago de aportes respecto del personal efectivamente vinculado. En ningún momento se ha demostrado mora, evasión o elusión en dichos aportes. Sugerir incumplimiento en materia de parafiscales constituye una afirmación de carácter grave que debe estar debidamente soportada; en el presente caso, la situación corresponde a disponibilidad documental histórica y no a la negociación que tuvo el contratista con los profesionales en una etapa pre constructiva de asesoramiento, consultoría , etc .

No estamos de acuerdo con la afirmación realizada por la profesional SST de la Interventoría en el sentido de que el Contratista mantiene una posición de no subsanar. Cada hallazgo comunicado ha sido atendido dentro de tiempos razonables y con total transparencia. La

Interventoría conocía la dinámica propia de la etapa de preconstrucción y las alertas correspondientes debieron generarse dentro del período objeto de revisión y no varios meses después, cuando ya no es posible reconstruir integralmente documentación de personal desvinculado.

Adicionalmente, solicitamos respetuosamente que el área SST de interventoría mantenga alineación con el área técnica de la Interventoría en la trazabilidad del proyecto, de manera que la evaluación documental se realice considerando la etapa contractual vigente, la estructura económica aprobada y las prórrogas derivadas de situaciones no atribuibles al Contratista.

De igual forma, dejamos constancia de nuestra inconformidad frente a comentarios reiterativos que señalan falta de voluntad de subsanar, así como frente a solicitudes que exceden el marco normativo, tales como exigir certificados de mantenimiento firmados exclusivamente por ingeniero mecánico o cursos de idoneidad para conductores emitidos únicamente por el SENA, cuando la normatividad no restringe dichas certificaciones a una entidad específica.

Solicitamos que los requerimientos se ajusten estrictamente al marco legal y contractual, trabajando de manera articulada y en pro del proyecto.

En conclusión, la etapa efectiva de diseño correspondió a un (1) mes conforme a la estructura contractual; los meses adicionales fueron destinados a la subsanación de observaciones del ICCU; no existió actividad constructiva en diciembre y enero; no se ha presentado incumplimiento en pagos de seguridad social ni parafiscales; y la documentación allegada respecto a octubre V2, noviembre V2, diciembre y enero corresponde a la totalidad de soportes disponibles para la etapa de preconstrucción, razón por la cual dichos informes se mantienen en los términos radicados.

Reiteramos nuestra disposición permanente de trabajo técnico, coordinado y respetuoso, en beneficio del proyecto y dentro del marco contractual.

Cordialmente,

Jose Urielso Martinez Prada
Representante legal
Consorcio Asfaltando Nit.
901.974.155-0

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1094264435 | JOHN ALEXANDER DELGADO QUINTANA | Calle 24#24 A -76 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 47815064 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $499.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 219.100 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 200 | 0 | 280.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 219.100 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.400 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 499.500 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1094264435 | JOHN ALEXANDER DELGADO QUINTANA | Calle 24#24 A -76 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 47815064 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $499.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1094264435 | DELGADO QUINTANA JOHN ALEXANDER | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 91217172 | ORLANDO BARRERA RIVERA | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 41105084 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $218.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 1 | 218.900 | 218.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 91217172 | ORLANDO BARRERA RIVERA | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 41105084 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $218.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 91217172 | BARRERA RIVERA ORLANDO | 3 | 2 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80075826 | RONALD URIELSO MARTINEZ PRADA | CL. 18 24 31 | 8851670 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ARAUCA | ARAUCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 50909328 | 13/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $501.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 219.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.300 | 0 | 281.500 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 219.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.500 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 501.400 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80075826 | RONALD URIELSO MARTINEZ PRADA | CL. 18 24 31 | 8851670 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ARAUCA | ARAUCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 50909328 | 13/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $501.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 80075826 | MARTINEZ PRADA RONALD URIELSO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1116859066 | MARTHA ROCIO PERICO PINZON | CRR 68 # 25B | 3023167764 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 3597977 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $499.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

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

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 499.100 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1116859066 | MARTHA ROCIO PERICO PINZON | CRR 68 # 25B | 3023167764 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 3597977 | 10/02/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $499.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1116859066 | PERICO PINZON MARTHA ROCIO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.751.000 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.751.000 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79487134 | | SARMIENTO OTALORA MARCO ANTONIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 96 A 61 22 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4705118 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 2086480136 | 9497958178 | I | 2026/02/09 | 2026/01/16 | BANCOLOMBIA | 0 | $4,528,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Días | Exonerado SENA e ICBF |
| 1 | CC | 79487134 | SARMIENTO OTALORA MARCO ANTONIO | | | | | | | | | | | | | | | | | X | 25-14 | 30 | EPS005 | 30 | | 0 | | 0 | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79487134 | | SARMIENTO OTALORA MARCO ANTONIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 96 A 61 22 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4705118 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 2086480136 | 9497958178 | I | 2026/02/09 | 2026/01/16 | BANCOLOMBIA | 0 | $4,528,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $2,609,700 | $0 | $0 | $2,609,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $2,609,700 | $0 | $0 | $2,609,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,918,800 | $0 | $0 | $1,918,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,918,800 | $0 | $0 | $1,918,800 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$4,528,500** | **$0** | **$0** | **$4,528,500** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 63442058 | 05/03/2026 | 9 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $1.111.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 1.097.100 | | | | 1.097.100 | 21 | 14.700 | 1.111.800 | | | 10.971 | 1.111.800 | 9 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 21 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 21 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.097.100 | 1.111.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 1 | 1.097.100 | 1.111.800 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 63442058 | 05/03/2026 | 9 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $1.111.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1018467233 | QUINTERO ARANZALEZ JUAN GUILLERMO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC 1094264435 | DELGADO QUINTANA JOHN ALEXANDER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC 116859066 | PERICO PINZON MARTHA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC 1049622430 | RODRIGUEZ MEDINA EDWARD OCTAVIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC 79487134 | SARMIENTO OTALORA MARCO ANTONIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC 79577468 | MARROQUIN ESCOBAR HUGO FERNANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CC 80075826 | MARTINEZ PRADA RONALD URIELSO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | CC 80419122 | HIDALGO ORTIZ LUIS FERNANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | CC 17644264 | OS HERRERA JOHN FRANSINRRI | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80419122 | LUIS FERNANDO HIDALGO ORTIZ | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 3554555 | 07/01/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $855.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 375.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 375.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 480.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 480.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 375.000 | 375.000 |
| Pensión | 1 | 480.000 | 480.000 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 855.000 | 855.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80419122 | LUIS FERNANDO HIDALGO ORTIZ | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 3554555 | 07/01/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $855.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 80419122 | HIDALGO ORTIZ LUIS FERNANDO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.000.000 | 30 | 480.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.000.000 | 30 | 375.000 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-03-20, 01:29:35 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | enero de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2026 |
| **Empresa** | JUAN QUINTERO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 10018467233 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1080646772 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 156749059 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 511.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 7.000 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 218.900 | $ 5.500 |
| | | | **SubTotales:** | $ 499.100 | $ 12.500 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 511.600 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 63442058 | 05/03/2026 | 9 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $1.111.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 1.097.100 | | | | 1.097.100 | 21 | 14.700 | 1.111.800 | | | 10.971 | 1.111.800 | 9 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 21 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 21 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.097.100 | 1.111.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 1 | 1.097.100 | 1.111.800 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 63442058 | 05/03/2026 | 9 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $1.111.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1018467233 | QUINTERO ARANZALEZ JUAN GUILLERMO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC 1094264435 | DELGADO QUINTANA JOHN ALEXANDER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC 116859066 | PERICO PINZON MARTHA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC 1049622430 | RODRIGUEZ MEDINA EDWARD OCTAVIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC 79487134 | SARMIENTO OTALORA MARCO ANTONIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC 79577468 | MARROQUIN ESCOBAR HUGO FERNANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CC 80075826 | MARTINEZ PRADA RONALD URIELSO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | CC 80419122 | HIDALGO ORTIZ LUIS FERNANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | CC 17644264 | OS HERRERA JOHN FRANSINRRI | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1116778829 | ELIECER MANTILLA BERNAL | calle14 # 15-97 meridiano 70 | 8858396 | eliecer33@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ARAUCA | ARAUCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71540056 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $515.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 50 | 7.100 | 0 | 226.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 9.000 | 0 | 289.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 50 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 50 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 226.000 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 289.200 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 515.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1116778829 | ELIECER MANTILLA BERNAL | calle14 # 15-97 meridiano 70 | 8858396 | eliecer33@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ARAUCA | ARAUCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71540056 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $515.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1116778829 | MANTILLA BERNAL ELIECER | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1057918480 | YADEMIR CASTAÑEDA MENDOZA | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71546270 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $512.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| CCFC55 | EPS-S Cajacopi | 901543211-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 41 | 5.800 | 0 | 224.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 7.400 | 0 | 287.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 224.700 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 287.600 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 512.300 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1057918480 | YADEMIR CASTAÑEDA MENDOZA | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71546270 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $512.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1057918480 | CASTAÑEDA MENDOZA YADEMIR | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | CCFC55 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71550745 | 31/03/2026 | 4 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $487.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 487.600 | | | | 487.600 | 0 | 0 | 487.600 | | | 4.876 | 487.600 | 4 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 487.600 | 487.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 1 | 487.600 | 487.600 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901974155-0 | CONSORCIO ASFALTANDO | carrera69#25b-44 | 0000000 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 cot | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71550745 | 31/03/2026 | 4 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | Y | $0 | $487.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1116778829 | MANTILLA BERNAL ELIECER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC 1057918480 | CASTAÑEDA MENDOZA YADEMIR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC 1064719675 | RODRIGUEZ CHAPARRO ANDREA DEL MAR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC 91217172 | BARRERA RIVERA ORLANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 5 | 121.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1064719675 | ANDREA DEL MAR RODRIGUEZ CHAPARRO | carrera69#25b-44 | 3023167764 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71546749 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $512.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 42 | 5.900 | 0 | 224.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 | 7.600 | 0 | 287.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 42 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 42 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 224.800 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 287.800 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 499.100 | 512.600 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1064719675 | ANDREA DEL MAR RODRIGUEZ CHAPARRO | carrera69#25b-44 | 3023167764 | administrativo2@grupojm.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71546749 | 31/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | $0 | $512.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1064719675 | RODRIGUEZ CHAPARRO ANDREA DEL MAR | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79577468 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HUGO FERNANDO MARROQUIN ESCOBAR |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 69 #25 B - 44 | TELÉFONO: | 6010000 |
| 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: | **6013269386** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 43 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/31 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 182926632 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.800 | $ 0 | $ 280.200 | $ 7.800 | $ 288.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 7.800** | **$ 288.000** |

**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 |
| EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 6.100 | $ 0 | $ 218.900 | $ 6.100 | $ 0 | $ 225.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 6.100** | **$ 0** | **$ 225.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 79577468 | MARROQUIN ESCOBAR HUGO FERNANDO | INDEPEND | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS001-ALIANSALUD S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 513.000**

Planilla Pagada

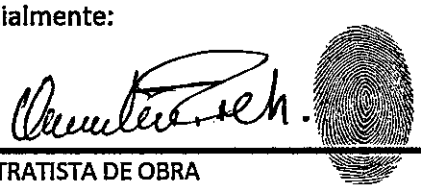
# ANEXO 2
# PAZ Y SALVO

La Peña Cundinamarca, 19 de diciembre 2025

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor ANDREA DEL MAR RODRIGUEZ CHAPARRO 1.064.719.675 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía "LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCA" por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente:



CONTRATISTA DE OBRA
ANDREA DEL MAR RODRIGUEZ CHAPARRO
Cedula 1.064.719.675

La peña Cundinamarca, 06 de febrero 2026

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor MARTHA ROCIO PERICO PINZON cc 1.116.859.066 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía "LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCA" por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente:



Martha Perico Pinzon.

CONTRATISTA DE OBRA
MARTHA ROCIO PERICO PINZON
Cedula 1.116.859.066

La peña Cundinamarca, 05 de octubre 2025

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor YADEMIR CASTAÑEDA MENDOZA cc 1.057.918.480 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía "LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCA" por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente:



CONTRATISTA DE OBRA
YADEMIR CASTAÑEDA MENDOZA
Cedula 1.057.918.480

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Yademir Castañeda Mendoza**
**C.C. No. 1.057.918.480**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

**Yademir Castañeda Mendoza**
**C.C. 1.057.918.480**

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Luis Fernando Hidalgo Ortiz**
**C.C. No. 80.419.122**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

**Luis Fernando Hidalgo Ortiz**
**C.C. 80.419.122**

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Andrea del Mar Rodríguez Chaparro**
**C.C. No. 1.064.719.675**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

**Andrea del Mar Rodríguez Chaparro**
**C.C. 1.064.719.675**

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Hugo Fernando Marroquin Escobar**
**C.C. No. 79.577.468**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

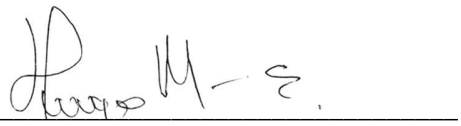
**Hugo Fernando Marroquin Escobar**
**C.C. 79.577.468**

La Peña Cundinamarca, 30 enero de 2026

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor HUGO FERNANDO MARROQUIN ESCOBAR CC 79.577.468 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía “LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCAA” por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente,



**Hugo Fernando Marroquin Escobar**
**CC 79.577.468**

La Peña Cundinamarca, 02 marzo de 2026

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor ELIECER MANTILLA BERNAL CC 1.116.778.829 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía “LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCAA” por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente,



**Eliecer Mantilla Bernal**
**CC 1.116.778.829**

La Peña Cundinamarca, 16 de febrero 2026

**PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO**

El señor LUIS FERNANDO HIDALGO ORTIZ cc 80.419.122 declara de manera voluntaria que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT 901.974.155-0 se encuentra a paz y salvo en el contrato de obra que tiene como objeto rehabilitación de la vía "LA PEÑA-PASO EL REJO CUNDINAMARCA" por todo concepto de prestación de servicios de actividades realizadas como contratista de obra. Así misma renuncia de manera voluntaria a cualquier tipo de reclamación jurídica que pueda hacer en contra de esta empresa.

Cordialmente:



CONTRATISTA DE OBRA
LUIS FERNANDO HIDALGO ORTIZ
CEDULA 80.419.122

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Eliecer Mantilla Bernal**
**C.C. No. 1.116.778.829**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

**Eliecer Mantilla Bernal**
**C.C. 1.116.778.829**

# CONSORCIO ASFALTANDO

**REMISIÓN A EXAMEN MÉDICO DE EGRESO**

**CONSORCIO ASFALTANDO**
**NIT: 901.974.155-0**
**CARRERA 69 # 25 B – 44**
**BOGOTÁ D.C**
**30 enero 2026**

**Señor(a):**
**Martha Rocio Perico Pinzon**
**C.C. No. 1.116.859.066**

**Asunto: Remisión a examen médico ocupacional de egreso**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en atención a la terminación de su relación laboral con **CONSORCIO ASFALTANDO**, nos permitimos informarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso, el cual tiene como finalidad valorar y registrar sus condiciones de salud al momento de finalizar sus funciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo y el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, los cuales disponen la obligación del empleador de informar y gestionar la realización de dicha evaluación médica.

En este sentido, usted cuenta con un plazo máximo de **cinco (5) días hábiles** contados a partir de la fecha de terminación del contrato para realizarse dicho examen.

Para tal efecto, deberá presentarse en:

**IPS Gualiva**
**Dirección:** Diagonal 3 No. 10-71 conjunto bahia
**Contacto:** 310 3225171

Es importante tener en cuenta que, una vez realizada la notificación del presente documento, el término anteriormente indicado comenzará a correr. En caso de que transcurrido dicho plazo usted no se haya practicado el examen médico de egreso, se entenderá que renuncia voluntariamente a la realización de este, quedando constancia de ello para los fines pertinentes.

Agradecemos su atención y colaboración en el cumplimiento de este procedimiento.

Cordialmente,

**Laura Sofia Roldan Sarmiento**
**Auxiliar administrativo**
**Consocio Asfaltando**

**Martha Rocio Perico Pinzon**
**C.C. 1.116.859.066**

# ANEXO 3
# INSPECCIONES DE BOTIQUIN Y EXTINTOR

| | | |
|---|---|---|
| CONSORCIO ASFALTANDO π | **FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE BOTIQUINES Y ELEMENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS** | **CODIGO:** FT-SST-24<br>**VERSIÓN:** 01<br>**FECHA:** 17/08/2021<br>**PAGINAS:** 1 de 1 |

| | | |
|---|---|---|
| **UBICACIÓN** | **AREA/PISO** | Oficina Principal |
| | **SEDE** | Bogota |

| ELEMENTO | CANTIDAD | FECHA DE VENCIMIENTO | VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **ANTISEPTICOS** | | | | |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml | Unidad | **may-29** | **B** | |
| GEL ANTIBACTERIAL | Unidad | **may-29** | **B** | |
| **EQUIPOS** | | | | |
| TERMÓMETRO | Unidad | **N/A** | **B** | |
| **MATERIAL DE CURACIÓN** | | | | |
| ALGODÓN | Bolsa | **ago-30** | **B** | |
| APLICADORES | Paquete | **jun-27** | **B** | |
| APÓSITO o COMPRESAS NO ESTÉRILES | Unidad | **may-27** | **B** | |
| BAJALENGUAS | Paquete x 20 | **sep-28** | **B** | |
| CURAS | Caja | **ago-30** | **B** | |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4" | Unidad | **ago-30** | **B** | |
| GASAS ESTÉRILES | Paquete x 3 | **N/A** | **B** | |
| GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN | Caja por 100 | **oct-28** | **B** | |
| JERINGAS | Unidad | **oct-28** | **B** | |
| MICROPORE ROLLO | Unidad | **jul-27** | **B** | |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc o 500 cc | Unidad | **jun-28** | **B** | |
| TAPABOCAS | Caja X 50 | **oct-28** | **B** | |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| **INSUMOS ADICIONALES** | | | | |
| BOLSAS PLÁSTICAS (ROJAS Y VERDES) | Unidad | **N/A** | **B** | |
| GAFAS PROTECTORAS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| TOALLAS HIGIENICAS | Unidad | **abr-26** | **B** | |
| PRESERVATIVO | Unidad | **jul-27** | **B** | |
| TIJERAS | Unidad | **N/A** | **B** | |
| **ELEMENTOS DE EMERGENCIAS** | | | | |
| CAMILLA DE ATENCIÓN | Unidad | **N/A** | **B** | |
| INMOVILIZADORES DE CUELLO | Unidad | **N/A** | **B** | |
| LINTERNA | Unidad | **N/A** | **B** | |
| ENCENDEDOR | Unidad | **N/A** | **B** | |
| PITO | Unidad | **N/A** | **B** | |
| PILAS DE REPUESTO | Unidad | **N/A** | **B** | |
| PLANOS | | **N/A** | **B** | **Publicados en cartelera** |
| LISTADO TELÉFONOS DE EMERGENCIA | | **N/A** | **B** | **Publicados en cartelera** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **RESPONSABLE** | **Andrea M Lopez** | **FECHA DE INSPECCION** | **MES** | **DIA** | **AÑO** |
| | | | **26** | **01** | **2026** |
| | | **FIRMA:**  | | | |

| | FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE EXTINTORES | CODIGO: FT-SST-21 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | | FECHA: 17/08/2021 |
| | | PÁGINA: 1 de 1 |

| CONCEPTO | EXTINTOR | | EXTINTOR | | EXTINTOR | | OBSERVACIONES | ACCIÓN DE MEJORA | RESPONSABLE | SEGUIMIENTO | CIERRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C/NC | CLASE (A)(B)(C)(D) (MULTIPROPOSITO) | C/NC | CLASE (A)(B)(C)(D) (MULTIPROPOSITO) | C/NC | CLASE (A)(B)(C)(D) (MULTIPROPOSITO) | | | | | |
| El extintor está ubicado en el lugrar preestablecido | C | | | | | | Extintor sin novedad | N/A | Andrea M Lopez | 1 mes | |
| El extintor no presenta obstáculos para su acceso | C | | | | | | | | | | |
| El extintor está completamente cargado y operable | C | | | | | | | | | | |
| Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha) | C | | | | | | | | | | |
| La base del extintor está al menos a 10cm de altura sobre el nivel del piso | C | | | | | | | | | | |
| El extintor tiene el sello de seguridad | C | | | | | | | | | | |
| El extintor tienen el pasador o pin de seguridad | C | | | | | | | | | | |
| La pintura del cilindro está en buen estado | C | | | | | | | | | | |
| El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones | C | | | | | | | | | | |
| La manguera del extintor está en buen estado, sin roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, entre otros. | N/A | | | | | | | | | | |
| Los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla están bien | N/A | | | | | | | | | | |
| La Corneta en los extintores de CO2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples | C | | | | | | | | | | |
| La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento | C | | | | | | | | | | |
| La lectura de presión está dentro del rango operable | C | | | | | | | | | | |
| Fecha de vencimiento | | sep-26 | | | | | | | | | |

**C = Cumple NC = No cumple**

| AREA INSPECCIONADA | Oficina Principal bta | FECHA DE INSPECCION | DIA | MES | ANO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 26 | 01 | 2026 |
| RESPONSABLE INSPECCIÓN | Andrea M lOpez | FIRMA RESPONSABLE SG-SST- |  | | |

# ANEXO 4
# CONSTANCIA DE ACCIDENTALIDAD

Medellín, 23 de febrero de 2026

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.**

**HACE CONSTAR**

Que la empresa CONSORCIO ASFALTANDO, NIT N901974155, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de enero de 2026 hasta el 31 de enero de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 190.144.149.2, 192.230.104.8, 172.16.42.57.



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# ANEXO 5
# CERTIFICADOS DE REVISION FISCAL

# CONSORCIO ASFALTANDO

Bogotá D.C., 10 de Febrero de 2026

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002.**

**(PERSONAS JURÍDICAS)**

Yo, **José Urielso Martínez Prada**, identificado con cédula No. **1.014.233.025**, en mi condición de Representante Legal del **CONSORCIO ASFALTANDO** identificada con **Nit 901.974.155 - 0**, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje *(Articulo 65 Ley 1819 de 2016),* cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, **Bleidy Yojana Arrieta Peña**, identificado con cédula No. **1.045.139.942**, y con Tarjeta Profesional **No. 238219-T** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Contadora publica del **CONSORCIO ASFALTANDO** identificada con **Nit 901.974.155 - 0,** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Arauca, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje, *(Articulo 65 Ley 1819 de 2016),* cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

**Dada en Bogotá D.C., a los Diez (10) días del mes de febrero de 2026.**

**JOSE URIELSO MARTINEZ PRADA** C.C 1.014.233.025
Representante Legal

**BLEIDY YOJANA ARRIETA P.**
C.C 1.045.139.942
TP No.238219 -T
Contadora Públic

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

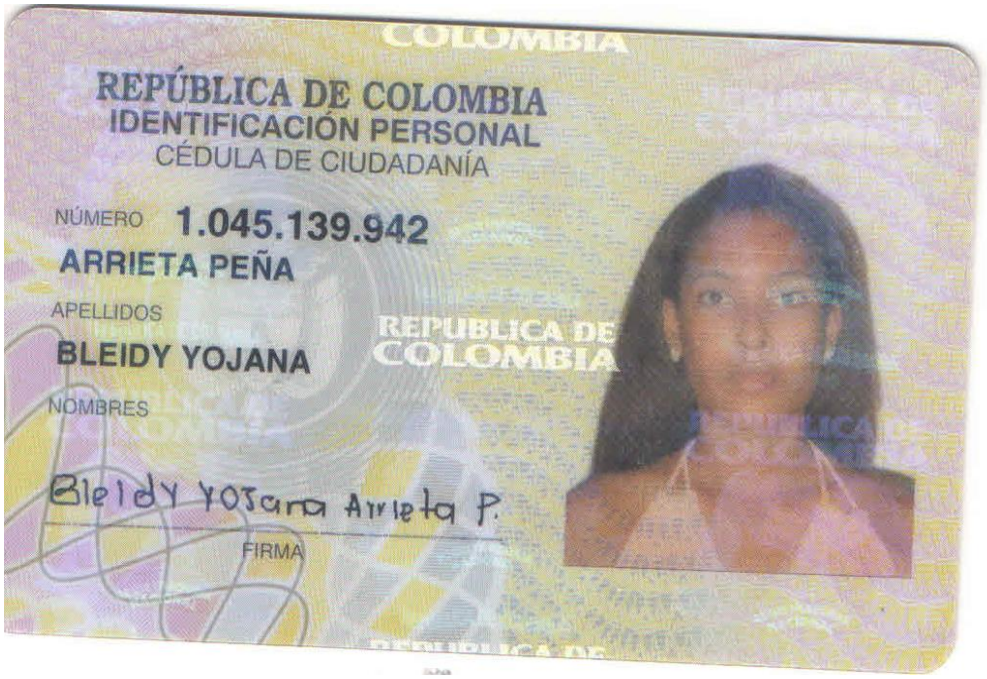
# 238219-T



**BLEIDY YOJANA**
**ARRIETA PEÑA**
**C.C. 1045139942**
**RES. INSCRIPCION 192 DEL 02/03/2018**
**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**

**OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA**
**DIRECTOR GENERAL**

244462 263341


COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.045.139.942

ARRIETA PEÑA

APELLIDOS

BLEIDY YOJANA

NOMBRES

Bleidy Yojana Arrieta P.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1989

ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

04-JUN-2008 ZARAGOZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1700100-01009206-F-1045139942-20180523 0061275408A 1 9904443910

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL