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

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | CORPOADASES – ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL, SOCIAL Y ECONÓMICO SOSTENIBLE. | | | | | | |
| C.C. O NIT | 900274388-2 | | | | | | |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO | **3054296208** | | | | | | |
| VALOR COBRADO | $ 28.004.800 | | | | | | |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO | **DÍA: 06** | **MES: 05** | **AÑO: 2026** | **—** | **DÍA: 05** | **MES: 06** | **AÑO: 2026** |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO No. | FECHA INICIO DEL CONTRATO | | | |
| CONVENIO DE ASOCIACIÓN | 202600001737-CO1.PCCNTR.9393160 | **DÍA: 06** | **MES: 04** | **AÑO: 2026** | |
| **CDP:** 26-02066 | **FECHA: 25 - Febrero - 2026** | **RP:** 26-02256 | **FECHA: 12 – Marzo - 2026** | | |
| **CDP ADICIONAL: N/A** | **FECHA: N/A** | **RP ADICIONAL: N/A** | **FECHA: N/A** | | |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE HOGAR DE PASO PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SUS DERECHOS AMENAZADOS, INOBSERVADOS O VULNERADOS, REMITIDOS POR LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1098 DE 2006 (CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA) Y CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ESTABLECIDO POR EL ICBF | | | | |

| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD BANCARIA | BANCO DE OCCIDENTE | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA | 658-843586 | **AHORROS** | | **CORRIENTE** | **X** |

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

| CONTROL DE SUPERVISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR | CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA | | |
| CARGO SUPERVISOR | DIRECTORA ADMINISTRATIVA CASA DE LA JUSTICIA Y DEL DERECHO | | |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | **DÍA: 08** | **MES: SEPTIEMBRE** | **AÑO: 2026** |

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

**FIRMAS RESPONSABLES**

*ALEXANDER MANTILLA PINTO*
**RESPONSABLE DEL TRÁMITE**

DRA. CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**REVISÓ Y APROBÓ**
**OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN**

**No. Folios:** _____

**NÚMERO DE RADICADO**

**Fecha:** _____
**Hora:** _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE ACTA:** | **08/09/2026** | **Acta No.** | **2** |
| **CONTRATO No. :** | No. 2202600001737-CO1.PCCNTR.9393160 | | |
| **FECHA DE CONTRATO:** | **12/03/2026** | | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | "AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE HOGAR DE PASO PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SUS DERECHOS AMENAZADOS, INOBSERVADOS O VULNERADOS, REMITIDOS POR LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1098 DE 2006 (CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA) Y CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ESTABLECIDO POR EL ICBF." |
| **VALOR DEL CONTRATO** | El valor del convenio asciende a la suma de CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($188.450.000), de los cuales, en Municipio de Floridablanca aporta en dinero la suma de CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($180.000.000), y el asociado aporta en especie un valor equivalente a OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($8.450.000). |
| **VALOR ADICIONAL N°** | N/A |
| **PLAZO INICIAL** | EL PLAZO ESTIPULADO POR LA ENTIDAD PARA LA EJECUCION ES HASTA EL 23 DE DICEIMBRE DEL 2026 Y SU INICIO SE ENTIENDE DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA. |
| **PLAZO ADICIONAL** | N/A |
| **CONTRATISTA** | ALEXANDER MANTILLA PINTO |
| | C.C. No. 91.351.365 expedida en PIEDECUESTA |
| **SUPERVISOR** | CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA |
| | DIRECTORA ADMINISTRATIVA CASA DE JUSTICIA Y DEL DERECHO |
| **FECHA DE INICIO** | 06/04/2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN INICIAL** | 23/12/2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN FINAL** | N/A |
| **ACTA** | ACTA DE INICIO- DE FECHA 06 DE ABRIL DEL 2026 |
| **ACTA No. 1** | ACTA PARCIAL – PRIMER PAGO – DE FECHA 12 DE AGOSTO 2026 |
| **ACTA No. 2** | ACTA PARCIAL – SEGUNDO PAGO – DE FECHA 08 DE SEPTIEMBRE 2026 |
| **ACTA No. 3** | |

En el municipio de Floridablanca, el día ocho (08) de septiembre de dos mil veintiséis (2026), se reunieron CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL, SOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE, identificada con el Nit No 900.274.388-2, representada legalmente por ALEXANDER MANTILLA PINTO, identificado con cédula de ciudadanía No.91.351.365 de Piedecuesta, quien para los efectos de este documento se llamará el CONTRATISTA y CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA, (directora administrativa Casa de Justicia y del Derecho) con el fin de suscribir la presente acta.

## CONSIDERANDO:

1. **CLÁUSULA SEPTIMA. – FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS APORTES DEL MUNICIPIO:** El desembolso de los aportes que va a realizar el Municipio de Floridablanca en favor de la ESAL, se realizará en mensualidades vencidas cada una por el valor de los servicios efectivamente prestados, previa presentación de la obligación contraída, informes parciales mensuales y el informe final según corresponda, acompañados con los soportes de cada uno de los servicios prestados. Los valores para cobrar mensualmente no serán constantes teniendo en cuenta los valores fijos y monto consumible conforme la estructura económica de la propuesta.

2. Que el contratista ha entregado parcialmente algunas de las actividades y/o obligaciones contratadas en el periodo del 06 de mayo del 2026 a 05 de junio del 2026 cumpliendo con las especificaciones requeridas y a satisfacción del Municipio de Floridablanca.

2. BALANCE DEL CONTRATO A LA FECHA:

| DETALLE | CONTRATADO | PAGOS REALIZADOS |
|---|---|---|
| VALOR APORTE MUNICIPIO | $180.000.000 | |
| VALOR APORTE ESAL | $ 8.450.000 | |
| VALOR ADICIÓN | N/A | |
| VALOR ANTICIPO PAGADO (XX %) | N/A | |
| PRIMER PAGO- APORTE MUNICIPIO | | $ 29.137.200 |
| PRIMER PAGO APORTE ESAL | | $ 1.368.900 |
| SEGUNDO PAGO- APORTE MUNICIPIO | | $ 28.004.800 |
| SEGUNDO PAGO APORTE ESAL | | $ 1.309.750 |
| SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR | | $ 128.629.350 |
| **TOTAL, SUMAS IGUALES** | **188.450.000** | **$ 188.450.000** |

4. **AMORTIZACIÓN ANTICIPO:**

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

**ACUERDAN:**

1. Recibir terminadas y a satisfacción del Municipio las actividades ejecutadas hasta la fecha de la presente acta parcial **No 2** las cuales se relacionan en el informe de actividades que hace parte integral de la misma.

2. Autorizar el pago del servicio prestado por un valor de VEINTIOCHO MILLONES CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($28.004.800)

Para constancia se firma por los que en ella intervienen, a los ocho (08) días del mes de septiembre del 2026.

**ALEXANDER MANTILLA PINTO**
**C.C. No. 91.351.365 expedida en PIEDECUESTA**
**CONTRATISTA**

**CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

| | |
|---|---|
| **FECHA DE INFORME:** | **08 DE SEPTIEMBRE DE 2026** |
| **CONTRATO No. :** | No. 202600001737-CO1.PCCNTR.9393160 |
| **FECHA DE CONTRATO:** | **12 DE MARZO 2026** |
| **PROYECTO:** | **N/A** |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | "AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE HOGAR DE PASO PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SUS DERECHOS AMENAZADOS, INOBSERVADOS O VULNERADOS, REMITIDOS POR LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1098 DE 2006 (CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA) Y CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ESTABLECIDO POR EL ICBF." |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | El valor del convenio asciende a la suma de CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($188.450.000), de los cuales, el Municipio de Floridablanca aporta en dinero la suma de CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($180.000.000), y el asociado aporta en especie un valor equivalente a OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($8.450.000). |
| **VALOR ADICIONAL N°:** | N/A |
| **PLAZO INICIAL:** | EL PLAZO ESTIPULADO POR LA ENTIDAD PARA LA EJECUCIÓN ES HASTA EL 23 DE DICIEMBRE DEL 2026 Y SU INICIO SE ENTIENDE DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA. |
| **PLAZO ADICIONAL:** | N/A |
| **CONTRATISTA:** | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL, SOCIAL Y ECONÓMICO SOSTENIBLE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, identificado con el NIT No. 900274388-2, representada legalmente por ALEXANDER MANTILLA PINTO, identificado con cédula de ciudadanía No.91.351.365 de Bucaramanga |
| **SUPERVISOR:** | CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA<br>DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE CASA DE JUSTICIA Y DEL DERECHO |
| **ANTICIPO (XX%)** | N/A |
| **FECHA DE INICIO:** | 06 - 04 -2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** | 23 - 12 - 2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:** | N/A |
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARIA DEL INTERIOR, SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA |
| **ACTA** | ACTA DE INICIO- DE FECHA 06 DE ABRIL DE 2026 |
| **ACTA N° 1** | ACTA PARCIAL – PRIMER PAGO – DE FECHA DEL 12 DE AGOSTO 2026 |
| **ACTA N° 2** | ACTA PARCIAL – SEGUNDO PAGO – DE FECHA DEL 08 DE SEPTIEMBRE 2026 |

Con base en los informes presentados por el contratista respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el **06-05-2026 al 05-06-2026** y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Municipio de Floridablanca, tomando como base las **ACTAS E INFORMES PARCIALES No. 2 por VALOR de $28.004.800**

**C E R T I F I C A Q U E:**

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

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES EJECUTADAS | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES |
|---|---|---|
| Obligaciones contractuales | Descripción de actividad ejecutada | Evidencia física o electrónica |
| Administrar y ejecutar los recursos aportados por la entidad territorial para los fines previstos en el presente convenio. | Durante el periodo se ejecutaron los recursos acordes a las actividades contratadas. | **INFORME TÉCNICO** |
| Rendir informes del manejo de los recursos acompañados de los respectivos soportes. | Se informó al supervisor del contrato cada uno de los gastos generados durante la ejecución del mes teniendo en cuenta los valores fijos y variables estipulados en la propuesta. | **INFORME TÉCNICO** |
| Recibir y brindar atención integral a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que sean remitidos por las Comisarías de | Durante el periodo se realizó atención a los siguientes beneficiarios: ANGIE TATIANA AGUILAR SANCHEZ, | **INFORME TÉCNICO** |

| | | |
|---|---|---|
| Familia de Floridablanca, garantizando la disponibilidad de SEIS (6) CUPOS ROTATIVOS MENSUALES durante toda la ejecución del convenio. | YURLEIDIS RUA TAMAYO, DARLY DAYANA BARRERA SUAREZ, PEDRO QUIROGA SANDOVAL, JUAN DAVID QUIROGA SANDOVAL, JUAN DANIEL MARTINEZ RODRIGUEZ, DYLAN BERNAL CRUZ, OMAR ZAHID LOZADA VILLAMIZAR. Los usuarios requerían de la modalidad de hogar de paso | |
| Contar y disponer del personal mínimo necesario que exigen la Ley 1098 de 2.006 (Código de la Infancia y Adolescencia) y el manual operativo modalidades y servicios para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos y sus anexos técnicos expedidos por el ICBF. | Se cuenta con el apoyo de personal capacitado, el cual cumple con el perfil requerido para cada puesto de trabajo. | **PLANTILLA DE TALENTO HUMANO** |
| Contar con toda la infraestructura necesaria para la atención de niños, niñas y adolescentes, cumpliendo con las exigencias técnicas exigidas en la Ley 1098 de 2.006 (Código de la Infancia y Adolescencia) y el manual operativo modalidades y servicios para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos y sus anexos técnicos expedidos por el ICBF. | Se cuenta con toda la infraestructura necesaria para brindar atención integral a los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la modalidad hogar de paso | **FOTOS** |
| Brindar protección y bienestar a niños, niñas y adolescentes beneficiaros del convenio dentro del marco de una atención integral. | Se realizó reunión con los funcionarios de las Comisarías de Casa de Justicia, secretaría del interior con el fin de exponer la modalidad y realizar coordinación para lograr la adecuada ejecución del convenio. | **FOTOS** |
| Ejecutar el objeto contractual en estricto cumplimiento de las normas que lo regulan y en especial ofrecer los servicios establecidos en la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia), el LINEAMIENTO TECNICO DE MODALIDADES PARA LA ATENCION DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, CON DERECHOS AMENAZADOS Y/O VULNERADOS EXPEDIDO POR EL ICBF VERSIÓN 7, modificado mediante Resolución No 10364 de Noviembre 08 de 2019, su anexo técnico y demás normas concordantes. | Se realizaron las actividades acordes a los estipulado en el lineamiento técnico, cumpliendo con cada una de las actividades programadas desde el fortalecimiento individual y familiar. | **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INFORME TÉCNICO Y FOTOS.** |
| Comunicar al Supervisor cualquier posible alteración, modificación o inconveniente que afecten las condiciones previstas inicialmente y que incidan en el desarrollo del objeto del convenio. | No se presentó ninguna novedad para el periodo actual | **N/A** |
| Mantener indemne al Municipio de cualquier reclamación de terceros en especial de las personas contratadas por él, para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del convenio. | No se presentó ninguna novedad para el periodo actual | **N/A** |
| Entregar la documentación al MUNICIPIO que permita acreditar la capacidad técnica y de experiencia. | Se envió hojas de vida del talento humano | **Hojas de vida (Enviado anteriormente)** |
| Brindar protección y Bienestar a los niños, niñas y adolescentes jóvenes y sus familias quienes serán los beneficiarios de este convenio de Asociación, con el fin de brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, | - Se garantizaron todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes durante la estadía en la institución.<br>- Se realizó entrega de las tres comidas diarias e intermedias | **INFORME TÉCNICO** |

| | | |
|---|---|---|
| conforme a la Ley 1098 de 2006 (Código de (Infancia y Adolescencia), el LINEAMIENTO TECNICO DE MODALIDADES PARA LA ATENCION DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, CON DERECHOS AMENAZADOS Y/O VULNERADOS EXPEDIDO POR EL ICBF VERSIÓN 7, modificado mediante Resolución No 10364 de Noviembre 08 de 2019, su anexo técnico y demás normas concordantes. | acorde a la minuta patrón establecida a cada uno de los niños, niñas y adolescentes que fueron remitidos por la entidad competente. - Durante el periodo se garantizaron a cada uno de los usuarios el debido alojamiento con todos los servicios, siendo un ambiente agradable, higiénico y saludable para el buen Vivir. Se realizaron dos talleres relacionados al valor de la Honestidad y el respeto | |
| Presentar los debidos soportes del pago de seguridad social independiente de los empleados contratados por la ESAL para la ejecución del programa. | Todos los funcionarios contratados por nuestra institución realizaron el pago de la seguridad social acorde a lo estipulado. | **Planillas de pago de Seguridad Social** |
| Garantizar el Cumplimiento de las medidas Transitorias impartidas a Nivel Nacional, Departamental y Municipal en el marco de la Emergencia Sanitaria por causa del Coronavirus COVID-2019 que tengan como finalidad prevenir, contener, mitigar y demás efectos de la Pandemia generada por el COVID-19, así como lo establecido en el Anexo Para garantizar la Prestación de los Servicios y Modalidades de Protección, expedido el 30 de marzo de 2020, expedido por el ICBF. | - Se garantizó el cumplimiento pleno de las medidas Transitorias impartidas a Nivel Nacional, Departamental y Municipal con el fin de prevenir los efectos de la Pandemia y garantizar la Prestación del Servicio. | **INFORME TÉCNICO** |
| Así mismo se deja constancia del cumplimiento de los requisitos de seguridad social y parafiscal, en el informe final se debe registrar la actualización de pólizas, debidamente aprobada por la OFICINA DE CONTRATACION DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA. | | |

Se expide en Floridablanca, en fecha: **08 de Septiembre del 2026.**



**CHABELY PAOLA FLOREZ CEPEDA**

**DIRECTORA ADMINISTRATIVA CASA DE JUSTICIA Y DEL DERECHO**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



**CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL, SOCIAL Y ECONÓMICO SOSTENIBLE**
**ALEXANDER MANTILLA PINTO**

**C.C. No. 91.351.365 expedida en PIEDECUESTA**
**CONTRATISTA**

Hogar de Paso
Calle 106 # 25-40 Barrio Provenza
Bucaramanga, Santander
305 4296208
Hogaresdepaso@corpoadades.com

# CERTIFICADO APORTE ESAL

**ALEXANDER MANTILLA PINTO** identificado con cédula de ciudadanía número 91.351.365 de Piedecuesta Santander en condición de Representante Legal y **CARLOS JULIAN PIMENTEL PABON** identificado con cédula de ciudadanía número 1.098.766.750 de Bucaramanga Santander en condición de Contador de **CORPOADASES Alianza para el Desarrollo Ambiental, Social y Económico Sostenible** NIT 900.274.388, certifican que la (ESAL) realiza un aporte mensual de $1.309.750 (UN MILLON TRECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE) en el actual periodo a cobrar comprendido entre el 06 de mayo de 2026 y el 05 de junio de 2026.

Este aporte se enmarca en el contrato celebrado el 12 de marzo de 2026 con la Alcaldía de Floridablanca, identificado con el número 1737-2026 y el código CO1.PCCNTR.9393160

A continuación, se especifica la distribución del aporte por parte de la ESAL:

| APORTE CORPOADASES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR MENSUAL** |
| **1** | Alojamiento mensual con todos sus servicios públicos disponibles para la atención 24 horas del día y 7 días de la semana en la sede donde operará la modalidad. | MES | 1 | $ 300.400 | $ 300.400 |
| **2** | Servicio de preparación de los alimentos de acuerdo a lo estipulado en la minuta patrón aprobada por el bienestar familiar. Lunes a viernes. | MES | 1 | $ 185.800 | $ 185.800 |
| **3** | Realización de talleres, clases de baile, expresión corporal, artes escénicas. | MES | 1 | $ 150.500 | $ 150.500 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **4** | Servicio de acompañamiento a través de un Formador encargado de realizar rondas de control, vigilancia, fortalecimiento de hábitos de autocuidado, acompañamientos pedagógicos y atención a cualquier eventualidad que se pueda presentar en la jornada de los fines de semana o días festivos para la atención en la modalidad 24 horas. | MES | 1 | $ 143.000 | $ 143.000 |
| **5** | Aseo: Implementos de aseo requeridos para para la adecuada limpieza y desinfección de las instalaciones, así como la lavandería del vestuario de los niños, niñas y adolescentes usuarios de la modalidad. | MES | 1 | $ 80.000 | $ 80.000 |
| **6** | DOTACIÓN BÁSICA: Acorde al lineamiento técnico el cual menciona: 1 cama o cuna con juego de tablas completo con colchón, 1 almohada, 1 caucho protector colchón, 2 juegos de cama, 2 cobijas, 2 cubrelecho, 1 cómoda o armario, bañera y vaso de noche o mica cuando sea el caso y ventilador, por cada niño, niña y adolescente, así como servicios públicos básicos tales como agua, energía eléctrica, telefonía, internet y televisión. | MES | 1 | $ 450.050 | $ 450.050 |
| **TOTAL, APORTE CORPOADASES** | | | | | **$ 1.309.750** |

Se expide en Bucaramanga, el 08 de septiembre de 2026.

Firma;

**ALEXANDER MANTILLA PINTO**
C.C Nº 91.351.365 de Piedecuesta
Representante Legal

**CARLOS JULIAN PIMENTEL PABON**
C. C Nº 1.098.766.750 de Bucaramanga
Contador
T.P 257860-T

**INFORME FINANCIERO CUENTA # 2 DEL 06 DE MAYO AL 05 DE JUNIO DE 2026**

**FLO-CONT-RE-003-2026**

**HOGAR DE PASO**

**CUPOS CONTRATADOS:** Seis (6) cupos rotativos. Según lineamiento técnico del ICBF cada cupo equivale a 3,75 NNA

**OBJETIVO:** Brindar a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, del municipio de Floridablanca, atención integral en forma inmediata y provisional para restituir y garantizar sus derechos, que de acuerdo a la autoridad competente se encuentren vulnerados o amenazados a través de la medida de ubicación inicial Hogar de Paso, según criterios establecidos en la Ley 1098 DE 2006 (CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA) y en los lineamientos técnico administrativos vigentes.

**COSTOS FIJOS**

| ITEM | DESCRIPCION DEL SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | VALOR UNITARIO PROMEDIO | VALOR MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Elaboracion, seguimiento y control de las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes, verificando que cuenten con todos los soportes requeridos de acuerdo con su proceso. | MES | 1 | $ 3.020.000 | $ 3.020.000 |
| 2 | Realización de las valoraciones, seguimiento e intervencion psicológica a cada niño, niña y adolescentes o redes de apoyo vinculares cuando la entidad competente lo determine. | MES | 1 | $ 2.430.000 | $ 2.430.000 |
| 3 | Realización de la valoración socio familiar seguimiento e intervención a cada niño, niña o adolescentes o redes de apoyo cuando la entidad competente lo determine. | MES | 1 | $ 2.430.000 | $ 2.430.000 |
| 4 | Valoración nutricional, seguimiento, orientación y atención a los beneficiarios, incluye acompañamiento nutricional al niño, niña o adolescente durante el servicio de alimentos. | MES | 1 | $ 1.970.000 | $ 1.970.000 |
| 5 | Servicio de acompañamiendo a través de un Formador encargado de realizar rondas de control, vigilancia, fortalecimeinto de habitos de autocuidado, acompañameintos pedagogicos y atención a cualquier eventualidad que se pueda presentar en la jornada diurna. Lunes a viernes en días hábiles. | MES | 1 | $ 2.190.000 | $ 2.190.000 |
| 6 | Servicio de acompañamiendo a través de un Formador encargado de realizar rondas de control y vigilancia y atención a cualquier eventualidad que se pueda presentar en la jornada nocturna. Lunes a viernes en días hábiles. | MES | 1 | $ 2.190.000 | $ 2.190.000 |
| 7 | Servicio de aseo, limpieza y lavado de ropa. No incluye insumos. | MES | 1 | $ 1.660.000 | $ 1.660.000 |
| | **TOTAL COSTOS FIJOS** | | | | **$ 15.890.000** |

**COSTOS VARIABLES**
**LOS VALORES ASIGNADOS POR CADA ITEM SE AGOTARAN SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO**

| ITEM | DESCRIPCION | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD ESTIMADA POR MES | VALOR UNITARIO PROMEDIO | VALOR MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Menaje y vajilla para el servicio de alimentos, de acuerdo con la guía de alimentación y nutrición, cuando se realice la reposición de los elementos; así mismo el menaje como platos y vasos, se deben adecuar a las condiciones y edad de la población atendida. | GLOBAL | 1 | $ 130.000 | $ 130.000 |
| **2** | Traslados de los usuarios y personal encargado a trámites y diligencias requeridos por la autoridad competente, además todo lo necesario para el bienestar de los niños, niñas y adolescentes; siempre y cuando este autorizados por la supervisión del contrato. | EVENTO | 10 | $ 140.000 | $ 1.400.000 |
| **3** | Emergencias: Para cubrir situaciones imprevistas, atenciones médicas requeridas de urgencia, examenes, y tratamientos que puedan darse durante la atencion a un usuario de la modalidad incluida la compra de medicamentos de ser necesario | EVENTO | 1 | $ 120.000 | $ 120.000 |
| **4** | Implementos de Botiquín: conformado como mínimo de 2 pares de guantes estériles, 10 unidades de baja lengua, 1 paquete de algodón, 1 linterna, 1 tijeras, 1 caja de gasa, esparadrapo 1 rollo, 20 unidades de curas, 1 manual de primeros auxilios, 1 rollo de esparadrapo de papel, 2 termómetros, en caso de ser procedente disponer de otros elementos o cantidad de botiquines segun requiera. Omitir medicamentos y termómetro de mercurio. | GLOBAL | 2 | $ 22.000 | $ 44.000 |
| **5** | Valoraciones médicas y odontológicas de ingreso a los beneficiarios. | UNIDAD | 0 | $ 48.000 | $ - |
| **6** | **Kit Personal:** estipulado acorde con los lineamientos de la modalidad asignado para cada usuario que rote por la misma; el cual consta de: Dotación personal:blusa, camiseta o camisa; pantalón o sudadera, medias, panty o calzoncillos, brasier o formador, pijama, tenis o zapatos, toalla de uso personal, chancletas. (este kit se entrega a los usuarios que no cuentan con estas pertenencias) | GLOBAL | 14 | $ 360.000 | $ 5.040.000 |
| **7** | **ELEMENTOS DE USO PERSONAL DE 7 A 11 AÑOS:** Jabón, cepillo dental, seda dental, peinilla o cepillo, toallas higiénicas y tapabocas se entrega semanalmente acorde al uso y necesidad del usuario. | GLOBAL | 2 | $ 18.000 | $ 36.000 |
| **8** | **ELEMENTOS DE USO COMÚN DE 7 A 11 AÑOS:** Crema para manos y cuerpo, bloqueador solar, champú, crema dental, papel higiénico, cepillo y betún para zapatos, pañitos humedos, alcohol y gel antibacterial se entrega semanalmente acorde al uso y necesidad del usuario. | GLOBAL | 2 | $ 20.000 | $ 40.000 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **9** | **ELEMENTOS DE USO PERSONAL DE 12 A 13 AÑOS:** Jabón, cepillo dental, peinilla o cepillo y máquina de afeitar, desodorante, seda dental, toallas higiénicas y tapabocas, se entrega semanalmente acorde al uso y necesidad del usuario. | GLOBAL | 6 | $ 24.000 | $ 144.000 |
| **10** | **ELEMENTOS DE USO COMÚN DE 12 A 13 AÑOS:** Crema para manos y cuerpo, bloqueador solar, champú, crema dental, papel higiénico, talco para pies, cepillo, betún para zapatos, alcohol y gel antibacterial se entrega semanalmente acorde al uso y necesidad del usuario. | GLOBAL | 6 | $ 26.000 | $ 156.000 |
| **11** | Desayuno | UNIDAD | 122 | $ 9.600 | $ 1.171.200 |
| **12** | Almuerzo | UNIDAD | 122 | $ 13.000 | $ 1.586.000 |
| **13** | Comida | UNIDAD | 122 | $ 9.600 | $ 1.171.200 |
| **14** | Refrigerios de ingreso, mañana y tarde | UNIDAD | 122 | $ 3.700 | $ 451.400 |
| **15** | Celebración de cumpleaños y recreación: incluye los elementos de decoración, torta snacks y obsequio para la celebración del cumpleaños de cada niño, niña y adolescente. | EVENTO | 0 | $ 145.000 | $ - |
| **16** | Objetos de estimulación, implementos deportivos, juegos de mesa, juegos de armar, juguetes para desempeñar roles, juguetes para imitar oficios, instrumentos musicales, juegos para el desarrollo del pensamiento, medios audiovisuales y material para actividades pedagógicas. | GLOBAL | 1 | $ 85.000 | $ 85.000 |
| **17** | Servicio de mensajería y gestión documental para entregar y recibir la correspondencia, inherente a la ejecución del contrato. | EVENTO | 0 | $ 63.000 | $ - |
| **18** | Actividades recreativas, deportivas, artísticas y/o culturales como salidas a teatro, cine, piscina y cualquier actividad ludico recreativa realizada acorde a cronograma de actividades en las que participe los usuarios que roten por la modalidad ( incluye elementos, útiles y/o herramientas). | GLOBAL | 3 | $ 100.000 | $ 300.000 |
| **19** | Papelería: Materiales para garantizar la atención de los usuarios, suministrando carpetas rotuladas con ganchos siguiendo parámetros de gestión documental, resmas de papel, papelería en general e impresiones requeridas durante la operación de la modalidad. | GLOBAL | 2 | $ 120.000 | $ 240.000 |
| **TOTAL COSTOS VARIABLES** | | | | | **$ 12.114.800** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL APORTE MUNICIPIO** | **$ 28.004.800** |

**Alexander Mantilla Pinto**
**CORPOADASES**
**NIT.: 900.274.388 - 2**
**DIRECCIÓN: Calle 105 # 24 - 66 Provenza**
**CIUDAD: Bucaramanga**
**TELÉFONO: 6313167**
**CELULAR: 3054296208**
**E-MAIL: hogaresdepaso@corpoadases.com**

Hogar de Paso
Calle 106 # 25-40 Barrio Provenza
Bucaramanga, Santander
305 4296208
Hogaresdepaso@corpoadades.com

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003
PERSONA JURIDICA

Yo, ALEXANDER MANTILLA PINTO**,** identificado con Cédula de ciudadanía Nº 91.351.365 de Piedecuesta, en mi condición de Representante Legal de la **Corporación Alianza para el Desarrollo Ambiental Social y Económico Sostenible "CORPOADASES"** identificada con Nit:900.274.388-2, debidamente inscrita en la cámara de comercio de Bucaramanga, certificamos el pago de los aportes realizados por la entida0d durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la presente certificación, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

**Nota**: para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, ICBF Y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto en el Decreto 1464 de 2005.

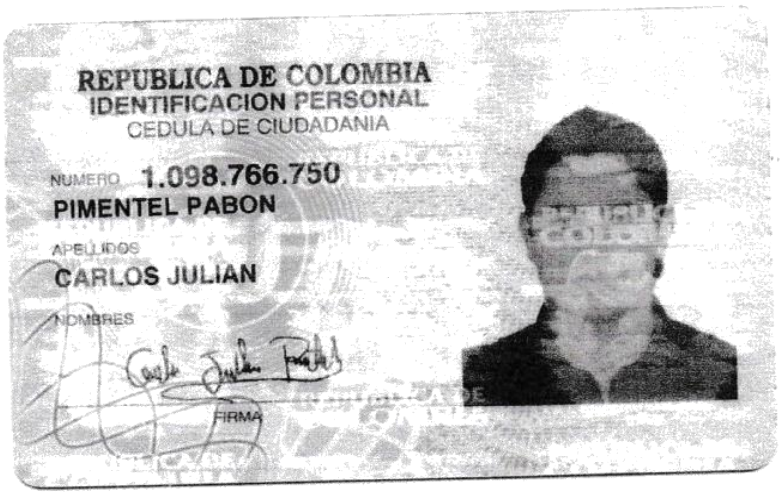
Así mismo, certificamos el cumplimiento referente al pago de seguridad social por parte del personal vinculado por medio de contrato de prestación de servicios trabajadores independientes, en cumplimiento del decreto 780 de 2016 y decreto 1273 de 2018.

Se expide en Bucaramanga, el 08 de Septiembre del 2026.

Firma;

**ALEXANDER MANTILLA PINTO**
C.C Nº 91.351.365 de Piedecuesta
Representante Legal

**CARLOS JULIAN PIMENTEL PABON**
C. C Nº 1.098.766.750 de Bucaramanga
Contador
T.P 257860-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.766.750

PIMENTEL PABON

APELLIDOS

CARLOS JULIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1994

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-MAR-2013 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2700100-00438516-M-1098766750-20130606 0033311342A 1 39520038

Hogar de Paso
Calle 106 # 25-40 Barrio Provenza
Bucaramanga, Santander
305 4296208
Hogaresdepaso@corpoadades.com






UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9748 3FA5 F317 8852

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CARLOS JULIAN PIMENTEL PABON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1098766750 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 257860-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1102357216 | | MANTILLA PINTO GUSTAVO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 24 103 36 PROVENZA | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6945059 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 334342652 | 9504950263 | I | 2026/06/04 | 2026/05/25 | BANCOLOMBIA | 0 | $580,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 | |
| Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 | |
| 1 | CC | 1102357216 | MANTILLA GUSTAVO | 25-14 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS037 | 30 | $2,000,000 | $250,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,000,000 | $10,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1102357216 | | MANTILLA PINTO GUSTAVO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 24 103 36 PROVENZA | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6945059 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 334342652 | 9504950263 | I | 2026/06/04 | 2026/05/25 | BANCOLOMBIA | 0 | $580,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$580,500** | **$0** | **$0** | **$580,500** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900274388 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTALSOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 24 103 36 PROVENZA | TELÉFONO: | 6313167 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 013 - HOGAR DE PASO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6015821248** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/05/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 292995573 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 304.000 |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 304.100 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 298.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 906.300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 2 | $ 475.100 |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 8.000 |
| 9009142541 | EPS046 | EPS046-SALUD MIA EPS | 1 | $ 225.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 708.100** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8902015787 | CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 4 | $ 223.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 223.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | $ 135.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 135.000** |
| **OTROS PARAFISCALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8999990341 | PASENA | PASENA-SENA | 4 | $ 111.900 |
| 8999992392 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 4 | $ 167.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | | **$ 279.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.252.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.252.800** |



# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900274388 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTALSOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 24 103 36 PROVENZA | TELÉFONO: | 6313167 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo experimental en el c |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 013 - HOGAR DE PASO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6015821248** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo | AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/08 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 292995573 | | |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 304.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 304.000 | $ 0 | $ 304.000 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 298.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 298.200 | $ 0 | $ 298.200 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 304.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 304.100 | $ 0 | $ 304.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 906.300** | **$ 0** | **$ 906.300** |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 475.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 475.100 | $ 0 | $ 0 | $ 475.100 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 8.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.000 | $ 0 | $ 0 | $ 8.000 |
| EPS046 | EPS046-SALUD MIA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 225.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 225.000 | $ 0 | $ 0 | $ 225.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 708.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 708.100** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 135.000 | $ 135.000 | $ 0 | $ 0 | $ 135.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 135.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 135.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 4 | $ 223.700 | $ 0 | $ 223.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 223.700** | **$ 0** | **$ 223.700** |

**TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 4 | $ 167.800 | $ 0 | $ 167.800 |
| PASENA | PASENA - SENA | 4 | $ 111.900 | $ 0 | $ 111.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 279.700** | **$ 0** | **$ 279.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1005305971 | MATAJIRA PLATA DANIELA | DEPEND | | $ 1.900.000 | FIJO | | | NO | | 01 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 1 | $ 63.334 | $ 10.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 10.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 63.334 | $ 8.000 | $ 0 | $ 8.000 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 63.334 | | $ 1.600 | 1 | $ 116.111 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 4.700 | $ 2.400 | $ 3.500 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1007308895 | ANGARITA SANTOS ALBA ROCIO | DEPEND | | $ 1.900.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | 07-08 | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 2 | $ 126.667 | $ 20.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 20.300 | EPS017-FAMISANAR | 2 | $ 126.667 | $ 15.900 | $ 0 | $ 15.900 | 14-11 - ARL SURA | 2 | $ 126.667 | | $ 0 | 2 | $ 126.667 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1007308895 | ANGARITA SANTOS ALBA ROCIO | DEPEND | | $ 1.900.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 28 | $ 1.773.334 | $ 283.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 283.800 | EPS017-FAMISANAR | 28 | $ 1.773.334 | $ 221.700 | $ 0 | $ 221.700 | 14-11 - ARL SURA | 28 | $ 1.773.334 | | $ 43.200 | 28 | $ 1.773.334 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 71.000 | $ 35.500 | $ 53.300 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1098803064 | FUENTES MANTILLA EDDY MARIBEL | DEPEND | | $ 1.900.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.900.000 | $ 304.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 304.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.900.000 | $ 237.500 | $ 0 | $ 237.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.900.000 | | $ 46.300 | 30 | $ 1.900.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 76.000 | $ 38.000 | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 37543748 | MENDEZ CACERES ALBA LUZ | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS046-SALUD MIA EPS | 30 | $ 1.800.000 | $ 225.000 | $ 0 | $ 225.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 43.900 | 30 | $ 1.800.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 72.000 | $ 36.000 | $ 54.000 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 2.252.800**

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 | 1098785490 | KAREN DAYANA DURAN GOMEZ | calle 68b #24a-03 Torre 16 apto 304 | 6426317 | karendugomez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | SANTANDER | GIRÓN | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 85401341 | 25/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $541.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

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

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 541.800 |

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 |
| CC | 1098785490 | KAREN DAYANA DURAN GOMEZ | | calle 68b #24a-03 Torre 16 apto 304 | 6426317 | karendugomez@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | SANTANDER | GIRÓN | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 85401341 | 25/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $541.800 | |

## 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 | Excenvado | 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 1098785490 | DURAN GOMEZ KAREN DAYANA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 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

# INFORME POR ADMINISTRADORA RIESGOS LABORALES-ARL



| | | | |
|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL APORTANTE | KAREN DAYANA DURAN GOMEZ | | |
| NIT APORTANTE | CC1098785490 | FORMA DE PRESENTACIÓN | U |
| TIPO PLANILLA | I | NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA | PRINCIPAL |
| Nº PLANILLA | 85401341 | PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD | 5-2026 |
| FECHA DE PAGO | 25 05 2026 | PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF | 5-2026 |
| NOMBRE ADMINISTRADORA | ARL SURA | TOTAL IBC | 1.750.905 |
| Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS | 1 | Nº DÍAS INTERESES DE MORA | 0 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD | No | SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN | |

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | SALARIO | INTEGRAL | TARIFA | COTIZACIÓN | CLASE RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1098785490 | DURAN GOMEZ KAREN DAYANA | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $1.750.905 | $1.750.905 | | 2.44% | $42.700 | 3 |

## VALORES TOTALES

| | |
|---|---|
| TOTAL APORTES (+) | 42.700 |
| TOTAL INTERÉS MORA (+) | 0 |
| TOTAL DESCUENTOS INCAPACIDADES Y LICENCIAS(+) | 0 |
| TOTAL PAGADO | 42.700 |

PAGADO

compensar | miplanilla.com

# INFORME POR ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIONES-AFP



| | | | |
|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL APORTANTE | KAREN DAYANA DURAN GOMEZ | | |
| NIT APORTANTE | CC1098785490 | FORMA DE PRESENTACIÓN | U |
| TIPO PLANILLA | I | NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA | PRINCIPAL |
| Nº PLANILLA | 85401341 | PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD | 5-2026 |
| FECHA DE PAGO | 25 05 2026 | PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF | 5-2026 |
| NOMBRE ADMINISTRADORA | Porvenir | TOTAL IBC | 1.750.905 |
| Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS | 1 | Nº DÍAS INTERESES DE MORA | 0 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD | No | SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN | |

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | SALARIO | INTEGRAL | TARIFA | COTIZACIÓN | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | APORTE VOLUNTARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1098785490 | DURAN GOMEZ KAREN DAYANA | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $1.750.905 | $1.750.905 | | 16.00% | $280.200 | $0 | $0 | $0 |

## VALORES TOTALES

| | |
|---|---|
| TOTAL APORTES (+) | 280.200 |
| TOTAL INTERÉS MORA (+) | 0 |
| TOTAL FONDO SOLIDARIDAD (+) | 0 |
| TOTAL APORTES VOLUNTARIOS (+) | 0 |
| TOTAL PAGADO | 280.200 |

PAGADO

compensar | miplanilla.com

# INFORME POR ADMINISTRADORA ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD-EPS



| | | | |
|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL APORTANTE | KAREN DAYANA DURAN GOMEZ | | |
| NIT APORTANTE | CC1098785490 | FORMA DE PRESENTACIÓN | U |
| TIPO PLANILLA | I | NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA | PRINCIPAL |
| Nº PLANILLA | 85401341 | PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD | 5-2026 |
| FECHA DE PAGO | 25 05 2026 | PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF | 5-2026 |
| NOMBRE ADMINISTRADORA | Sanitas EPS | TOTAL IBC | 1.750.905 |
| Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS | 1 | Nº DÍAS INTERESES DE MORA | 0 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD | No | SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN | |

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | SALARIO | INTEGRAL | TARIFA | COTIZACIÓN | UPC ADICIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1098785490 | DURAN GOMEZ KAREN DAYANA | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $1.750.905 | $1.750.905 | | 12.50% | $218.900 | $0 |

## VALORES TOTALES

| | |
|---|---|
| TOTAL APORTES (+) | 218.900 |
| TOTAL UPC ADICIONAL | 0 |
| TOTAL INTERÉS MORA (+) | 0 |
| TOTAL DESCUENTOS INCAPACIDADES Y LICENCIAS(+) | 0 |
| TOTAL PAGADO | 218.900 |

PAGADO

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1193151322 | 0 | JULIAN ERNESTO CASTELLANOS GONZALEZ | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 9609 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 68-547 | CARRERA 14 4-43 | | 6048691 | | | JJCASTELLANOS6@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-05 | 2026-05 | 37146697 | I | 2026-05-25 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 541.800 | 0 | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 37146697 | 2026-06-05 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | | |
| 1 | CC 1193151322 | CASTELLANOS GONZALEZ JULIAN ERNESTO | 1.440.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | EPS SURA-EPS010 | 1.750.905 | 218.900 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.750.905 | 42.700 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 541.800 | N | 3869201 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1193151322 | 0 | JULIAN ERNESTO CASTELLANOS GONZALEZ | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 9609 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 68-547 | CARRERA 14 4-43 | | 6048691 | | | JJCASTELLANOS6@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-05 | 2026-05 | 37146697 | I | 2026-05-25 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 541.800 | 0 | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 37146697 | 2026-06-05 | Pagada | | | | | | | |


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

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 280.200 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 280.200 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 218.900 | 0 | 0 | 0 | 218.900 |
| EPS SURA | EPS010 | 800088702 | 2 | 1 | 218.900 | 0 | 0 | 0 | 218.900 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 42.700 | 0 | 0 | 0 | 42.700 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 42.700 | 0 | 0 | 0 | 42.700 |
| Gran Total | | | | | 541.800 | 0 | 0 | 0 | 541.800 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900274388 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTALSOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 24 103 36 PROVENZA | TELÉFONO: | 6313167 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 004 - EXTER RAJ |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6016789437** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/05/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 292981504 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 2 | $ 672.900 |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 1.985.300 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 3 | $ 1.024.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 11 | **$ 3.682.600** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 262.900 |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 3 | $ 700.600 |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 6 | $ 1.550.900 |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 362.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 11 | **$ 2.876.900** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8902015787 | CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 10 | $ 802.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 10 | **$ 802.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 11 | $ 470.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 11 | **$ 470.000** |
| **OTROS PARAFISCALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8999990341 | PASENA | PASENA-SENA | 10 | $ 401.500 |
| 8999992392 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 10 | $ 601.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | | **$ 1.003.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 8.834.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 8.834.900** |



# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900274388 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTALSOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 24 103 36 PROVENZA | TELÉFONO: | 6313167 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo experimental en el c |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 004 - EXTER RAJ |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6016789437** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo | AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/08 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 292981504 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 3 | $ 1.024.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.024.400 | $ 0 | $ 1.024.400 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 1.985.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.985.300 | $ 0 | $ 1.985.300 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 2 | $ 672.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 672.900 | $ 0 | $ 672.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 3.682.600** | **$ 0** | **$ 3.682.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 700.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 700.600 | $ 0 | $ 0 | $ 700.600 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 362.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 362.500 | $ 0 | $ 0 | $ 362.500 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 6 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.550.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.550.900 | $ 0 | $ 0 | $ 1.550.900 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 262.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 262.900 | $ 0 | $ 0 | $ 262.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 2.876.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 2.876.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 11 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 470.000 | $ 470.000 | $ 0 | $ 0 | $ 470.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 470.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 470.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 10 | $ 802.100 | $ 0 | $ 802.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 802.100** | **$ 0** | **$ 802.100** |

**TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 10 | $ 601.800 | $ 0 | $ 601.800 |
| PASENA | PASENA - SENA | 10 | $ 401.500 | $ 0 | $ 401.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 1.003.300** | **$ 0** | **$ 1.003.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1005154893 | LUIS GUALDRON MATEO ISAI | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.102.000 | $ 336.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 336.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 2.102.000 | $ 262.800 | $ 0 | $ 262.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.102.000 | | $ 51.300 | 30 | $ 2.102.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 84.100 | $ 42.100 | $ 63.100 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1005162659 | ROJAS GALVIS MARIA ALEJANDRA | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | 01-11 | | | 230201-PROTECCION | 11 | $ 770.734 | $ 123.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 123.400 | EPS005-SANITAS S.A | 11 | $ 770.734 | $ 96.400 | $ 0 | $ 96.400 | 14-11 - ARL SURA | 11 | $ 770.734 | | $ 0 | 11 | $ 770.734 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 30.900 | $ 15.500 | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1005162659 | ROJAS GALVIS MARIA ALEJANDRA | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 19 | $ 1.331.267 | $ 213.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 213.100 | EPS005-SANITAS S.A | 19 | $ 1.331.267 | $ 166.500 | $ 0 | $ 166.500 | 14-11 - ARL SURA | 19 | $ 1.331.267 | | $ 32.500 | 19 | $ 1.331.267 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 53.300 | $ 26.700 | $ 40.000 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1095834044 | ORTIZ SALAZAR CAROLINA | DEPEND | | $ 2.900.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.900.000 | $ 464.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 464.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.900.000 | $ 362.500 | $ 0 | $ 362.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.900.000 | | $ 70.700 | 30 | $ 2.900.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 116.000 | $ 58.000 | $ 87.000 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 1095948277 | SUAREZ VARGAS LEDY CRISTINA | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | 01-01 | | | | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 70.067 | $ 11.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 11.300 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 70.067 | $ 8.800 | $ 0 | $ 8.800 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 70.067 | | $ 0 | 1 | $ 70.067 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 6 | CC 1095948277 | SUAREZ VARGAS LEDY CRISTINA | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 29 | $ 2.031.934 | $ 325.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 325.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 29 | $ 2.031.934 | $ 254.000 | $ 0 | $ 254.000 | 14-11 - ARL SURA | 29 | $ 2.031.934 | | $ 49.500 | 29 | $ 2.031.934 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 81.300 | $ 40.700 | $ 61.000 | $ 0 | $ 0 |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900274388 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTALSOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 24 103 36 PROVENZA | TELÉFONO: | 6313167 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo experimental en el c |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 004 - EXTER RAJ |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6016789437** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/08 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 292981504 | | |

**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 | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 7 | CC 1097094423 | AFANADOR CRUZ LAURA JULIANA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | | $ 42.700 | 30 | $ 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 70.100 | $ 35.100 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 |
| 8 | CC 1098662054 | NIÑO FERREIRA VIVIANA LIZETH | DEPEND | | $ 2.900.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | 01-30 | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.900.000 | $ 464.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 464.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 2.900.000 | $ 362.500 | $ 0 | $ 362.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.900.000 | | $ 0 | 30 | $ 2.900.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 9 | CC 1098796886 | ARDILA GARCIA ALVARO JAVIER | DEPEND | | $ 2.102.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.102.000 | $ 336.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 336.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 2.102.000 | $ 262.800 | $ 0 | $ 262.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.102.000 | | $ 51.300 | 30 | $ 2.102.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 84.100 | $ 42.100 | $ 63.100 | $ 0 | $ 0 |
| 10 | CC 1098827035 | CASTAÑEDA VILLABONA NIDIA YANETH | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | | $ 42.700 | 30 | $ 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 70.100 | $ 35.100 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 |
| 11 | CC 63362507 | LANDINEZ FUENTES MARIA DE JESUS | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | | $ 42.700 | 30 | $ 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 70.100 | $ 35.100 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 |
| 12 | CC 63431529 | CELY JAIMES HORTENCIA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | | $ 42.700 | 30 | $ 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 70.100 | $ 35.100 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 |
| 13 | CC 70515578 | GRAJALES MARULANDA LEONEL ANTONIO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.800.000 | $ 225.000 | $ 0 | $ 225.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 43.900 | 30 | $ 1.800.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 72.000 | $ 36.000 | $ 54.000 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 8.834.900** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1096956058 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | KENY ALEJANDRA CAICEDO FUENTES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 13 #26-37 | TELÉFONO: | 8888888 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6016899917** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/25 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 334372120 |

**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 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 0** | **$ 280.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 218.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

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

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1096956058 | CAICEDO FUENTES KENY ALEJANDRA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 109695605 | $ 42.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada

**CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL, SOCIAL Y ECONOMICO SOSTENIBLE**
900.274.388-2
CR 24 103 36 BRR PROVENZA
Bucaramanga - Colombia
(57) 3174571265 - Ext. 0
financiera@corpoadases.com
https://www.corpoadases.com/

# Factura electrónica de venta

# N°: FE 1222

**Cliente:** MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA
**Nit:** 890.205.176-8
**Teléfono:** (57) 6497777
**Dirección:** CALLE 5 8 25
**Correo:** cuentascasadejusticia@gmail.com

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 07/07/2026, 11:26 |
| **Expedición** | 07/07/2026, 11:26 |
| **Vencimiento** | 31/07/2026 |
| **Vendedor** | ALEXANDER MANTILLA |
| **Centro de costo** | 15 |
| **Cotización** | |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Valor Impto.Cargo | Valor desc. | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE HOGAR DE PASO PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SUS DERECHOS AMENAZADOS, INOBSERVADOS O VULNERADOS, REMITIDOS POR LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1098 DE 2006 (CÓDIGO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA) Y CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO ESTABLECIDO POR EL ICBF CUENTA # 2 DEL 06 DE 06 DE MAYO AL 05 DE JUNIO DE 2026 | 1.00 | 28,004,800.00 | 0.00 | 0.00 | 28,004,800.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 28,004,800.00 |
| **Total a Pagar** | 28,004,800.00 |

**Valor en Letras:**
Veintiocho millones cuatro mil ochocientos pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-07-31 por $ 28,004,800.00

**Observaciones:**
Gran contribuyente autorretenedor de ICA y retenedor

Elaborado por

Firma recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764096866337 aprobado en 20250811 prefijo FE desde el número 1001 al 2000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8899 Otras actividades de asistencia social n.c.p. Tarifa 8,4
**CUFE:** a212f14db9a7c102553695f83294d5b39832719256a40e4faf2defc1dd7db36051f66e9b56364db88f085cfa67ebe0c4

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

# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502600442666**

Contribuyente

**Trámite** CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

| | |
|---|---|
| PRO UIS | $ 560.100 |
| PRO HOSPITAL | $ 560.100 |

**Total a Pagar** **$ 1.120.200**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9002743882
**Nombre** CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL SOCIAL Y EC
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600442666(3900)00000001120200(96)20260713

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 28.004.800 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 28.004.800 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | FE1222 |
| VALOR TOTAL CONVENIO | $ 180.000.000 |
| FECHA CONVENIO | 12/03/2026 |

**Fecha de Expedición** 2026/07/07 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/13

Con destino a: **Alcaldía de Floridablanca**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600442666

**Trámite** CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: **Alcaldía de Floridablanca**

Tipo de Doc. NIT Número: 9002743882
Nombre: CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO A
Dirección: Teléfono:

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 28.004.800 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 28.004.800 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | FE1222 |
| VALOR TOTAL CONVENIO | $ 180.000.000 |
| FECHA CONVENIO | 12/03/2026 |

PRO UIS $ 560.100
PRO HOSPITAL $ 560.100
Total a Pagar $ 1.120.200

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600442666

Gobernación

**Trámite** CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: **Alcaldía de Floridablanca**

| | |
|---|---|
| PRO UIS | $ 560.100 |
| PRO HOSPITAL | $ 560.100 |

**Total a Pagar** **$ 1.120.200**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9002743882
**Nombre** CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL SOCIAL Y EC
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600442666(3900)00000001120200(96)20260713

VALOR BASE $ 28.004.800
VALOR ORDEN DE PAGO $ 28.004.800
NUMERO ORDEN DE PAGO FE1222
VALOR TOTAL CONVENIO $ 180.000.000
FECHA CONVENIO 12/03/2026

**Fecha de Expedición** 2026/07/07
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/13

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600442666

Banco

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9002743882
**Nombre** CORPOADASES ALIANZA PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL SOCIAL
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600442666(3900)00000001120200(96)20260713

**Trámite** CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: **Alcaldía de Floridablanca**

**Fecha de Expedición** 2026/07/07

**Total a Pagar** **$ 1.120.200**

PRO UIS $ 560.100
PRO HOSPITAL $ 560.100

**Total Estampillas** **$ 1.120.200**