| 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 | CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO | | | | | | |
| C.C. O NIT | 800036734-5 | | | | | | |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO | 3115143662 | | | | | | |
| VALOR COBRADO | $ 76.177.500 | | | | | | |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO | DÍA: 06 | MES: 07 | AÑO: 2026 | — | DÍA: 05 | MES: 08 | AÑO: 2026 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO No. | | FECHA INICIO DEL CONTRATO | | |
| CONVENIO DE ASOCIACION | 01576 - 2026 CO1.PCCNTR.9257065 | | DÍA: 06 | MES: 02 | AÑO: 2026 |
| CDP: 26-01078 | FECHA: 14/01/2026 | RP: 26-01736 | FECHA: 06/02/2026 | | |
| CDP ADICIONAL : | FECHA: | RP ADICIONAL : | FECHA: | | |
| OBJETO CONTRACTUAL: | AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2. | | | | |

| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD BANCARIA | BANCO BBVA | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA | 00130197000100015589 | 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 | VIVIANA PEINADO FERREIRA | | |
| CARGO SUPERVISOR | SUPERVISOR DE CONTRATO - SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | | |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | DÍA: 02 | MES: 10 | 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**

*ADONAI LAGUADO PULIDO*
**REPRESENTANTE LEGAL**
**CENTRO DE BIENESTAR CIUDAD DEL NIÑO**

*VIVIANA PEINADO FERREIRA*
**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**
**SUPERVISOR DE CONTRATO**

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

**No. Folios:** _____

**NÚMERO DE RADICADO**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE ACTA:** | 02 DE OCTUBRE DE 2026 | **Acta No.** | N° 6 |
| **CONTRATO No. :** | 202600001576- Co1.pccntr.9257065 | | |
| **FECHA DE CONTRATO:** | 30 de enero de 2026 | | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | CO1.PCCNTR.9257065 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2. |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $549,239,775.00 quinientos cuarenta y nueve millones doscientos treinta y nueve mil setecientos setenta y cinco pesos |
| **VALOR ADICIONAL N°** | $0.00 N/A |
| **PLAZO INICIAL** | - SIETE (7) MESES |
| **PLAZO ADICIONAL** | |
| **CONTRATISTA** | ADONAI LAGUADO PULIDO |
| | CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO |
| **SUPERVISOR** | VIVIANA PEINADO FERREIRA |
| | SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL |
| **FECHA DE INICIO** | 06 DE FEBRERO 2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN INICIAL** | 05 DE SEPTIEMBRE 2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN FINAL** | |
| **ACTA** | ACTA DE INICIO 06/02/2026 |
| **ACTA** | ACTA MODIFICATORIA 06/04/2026 |
| **ACTA No. 1** | ACTA PARCIAL N° 1 07/04/2026 |
| **ACTA No. 2** | ACTA PARCIAL N° 2 10/06/2026 |
| **ACTA No. 3** | ACTA PARCIAL N° 3 01/07/2026 |
| **ACTA No. 4** | ACTA PARCIAL N° 4 03/08/2026 |
| **ACTA No. 5** | ACTA PARCIAL N° 5 03/09/2026 |
| **ACTA No. 6** | ACTA PARCIAL N° 6 02/10/2026 |

En Floridablanca en fecha 02 DE OCTUBRE 2026**,** se reunieron en el despacho de la **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL**, la firma **CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO**Rep. Legal **LAGUADO PULIDO ADONAI,** en calidad de CONTRATISTA, y el **VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**

- secretaría de **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL** del municipio de Floridablanca, en calidad de SUPERVISOR con el fin de firmar la presente acta.

**CONSIDERANDO:**

1. CLÁUSULA CUARTA-FORMA DE DESEMBOLSO O ENTREGA DE LOS APORTES DE LAS PARTES.

El desembolso de los aportes que va a realizar el municipio de Floridablanca para la ejecución del convenio, se realizarán mediante mensualidades vencidas, equivalente a cada uno de los componentes o servicios de atención efectivamente prestados, previa presentación de la obligación contraída, Certificaciones de cumplimiento del supervisor, informes parciales mensuales y el informe final según corresponda, acompañados con los soportes de cada uno de los servicios prestados

2. Que el contratista ha entregado parcialmente algunas de las actividades y/o obligaciones contratadas cumpliendo con las especificaciones requeridas y a satisfacción del Municipio de Floridablanca.

3. BALANCE DEL CONTRATO A LA FECHA:

| DETALLE | CONTRATADO | PAGOS REALIZADOS |
|---|---|---|
| VALOR APORTE DEL MUNICIPIO | $533.242.500 | |
| APORTE ESAL | $ 15.997.275 | |
| VALOR ANTICIPO PAGADO (XX %) | 0.00 N/A | |
| PRIMER PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76,177,500 |
| PRIMER APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |

| | | |
|---|---|---|
| SEGUNDO PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76.161.500 |
| SEGUNDO APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |
| TERCER PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76.161.500 |
| TERCER APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |
| CUARTO PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76.161.500 |
| CUARTO APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |
| QUINTO PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76,177,500 |
| QUINTO APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |
| SEXTO PAGO DEL MUNICIPIO | | $ 76,177,500 |
| SEXTO APORTE ESAL | | $ 2.285.325 |
| SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR | | $ 78.510.825 |
| **TOTAL SUMAS IGUALES** | $ 549,239,775 | $ 549,239,775 |

| **REGISTRO PRESUPUESTAL No. 26-01736** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CODIGO** | **CODIGO RAPIDO** | **VALOR** | **DESCONTAR** | **SALDO** |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260731 | 312,861,050.00 | 76,177,500.00 | 236.683.550 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260731 | 236,683,550,00 | 76.161.500.00 | 160.522.550 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260731 | 93.360.550.00 | 76.161.500.00 | 84.360.550 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260731 | 8.199.050.00 | 76.161.500.00 | 8.199.050 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260731 | 8.199.050.00 | 8.199.050 | 0 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260733 | 220,381,450.00 | 67.978.450 | 152.403.000 |
| 2.3.2.02.02.009.41.4104.4104008.214 | 260733 | 152.403.000 | 76,177,500.00 | 76.177.500.00 |

| **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** | | |

ACUERDAN:

1. Recibir terminadas y a satisfacción del Municipio las actividades ejecutadas hasta la fecha de la presente acta parcial **N° 6** 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 ($76.177.500.00)

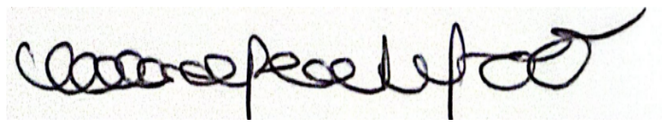
3. Se deja en constancia la atención a 50 adultos mayores.

4. La supervisión presume de la buena fe de todos los soportes y documentos presentados por la Corporación ciudad del niño, en el informe de la cuenta de cobro y sobre esto se efectúa la revisión de la misma.



ADONAI LAGUADO PULIDO

CC.5628664
**CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO,**
**NIT. No.** 800036734-5 de
Contratista



**VIVIANA DEL ROSARIO PEINADO FERREIRA**
Secretaria de desarrollo social Supervisor

| 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:** | 02 de octubre de 2026 |
| **CONTRATO No. :** | 202600001576- Co1.pccntr.9257065 |
| **FECHA DE CONTRATO:** | 30 de enero de 2026 |
| **PROYECTO:** | **N/A** |

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | CO1.PCCNTR.9257065 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN Y BIENESTAR A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, CON LA METODOLOGÍA DE SISBEN IV ENTRE A1 A C18 O CARENTES DE RECURSOS ECONÓMICOS, ASÍ COMO BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SUS NECESIDADES Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA, CONFORME A LAS LEYES 1276 Y 1315 DE 2009 - LOTE 2. |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $549,239,775.00 |
| **VALOR ADICIONAL N°:** | |
| **PLAZO INICIAL:** | SIETE (7) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin exceder la vigencia fiscal 2025. |
| **PLAZO ADICIONAL:** | N/A |
| **CONTRATISTA:** | CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO |
| | ADONAI LAGUADO PULIDO |
| **SUPERVISOR:** | SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL |
| | VIVIANA PEINADO FERREIRA |
| **ANTICIPO (XX%)** | N/A |
| **FECHA DE INICIO:** | 06 DE FEBRERO 2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** | 05 DE SEPTIEMBRE 2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:** | N.A |
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL |
| **ACTA** | ACTA DE INICIO 06/02/2026 |
| **ACTA** | ACTA MODIFICATORIA 06/04/2026 |
| **ACTA N° 1** | ACTA PARCIAL N° 1 07/04/2026 |
| **ACTA N° 2** | ACTA PARCIAL N° 2 10/06/2026 |
| **ACTA N° 3** | ACTA PARCIAL N° 3 1/07/2026 |
| **ACTA N° 4** | ACTA PARCIAL N° 4 3/08/2026 |
| **ACTA N° 5** | ACTA PARCIAL N° 5 3/09/2026 |
| **ACTA N° 6** | ACTA PARCIAL N° 6 02/10/2026 |

Con base en los informes presentados por el contratista respecto a las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el **06/07/2026** al **05/08/2026** 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. 6 por VALOR de $ **76.177.500.00** DE PESOS M/CTE.

**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 |
|---|---|---|
| **1. ALIMENTACIÓN** | Alimentación (Desayuno / Media mañana / Almuerzo / media tarde / cena) se cumple con la base nutricional, con la minuta semanal | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |

| | | |
|---|---|---|
| | entregada por la alcaldía de Floridablanca.<br>Se cumplió la minuta en un 100%, durante las cuatro (4) semanas del periodo a cobrar del 06 de mayo al 05 de junio, de igual forma se cumplió con el valor nutricional, para los adultos mayores.<br>Se prestó el servicio de alimentación de lunes a Domingo a los adultos mayores adscritos al Centro de Bienestar, cumpliendo con la minuta estipulada para Desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena.<br><br>1.1 Manipuladores de alimentos: del 06 de julio al 05 de agosto,<br>El personal cumple con los requisitos para la manipulación de alimentos; tanto exámenes anuales, como el certificado de manipulación de alimentos y el respectivo carné y BPM.<br>Para la preparación de alimentos se tiene en cuenta previo pedido de insumos para cumplimiento de minuta, alistamiento del área en excelentes condiciones higiénicas, corte, pelado, rallado y porcionado.<br>Elaboración de los alimentos<br>Alimentos Servidos a la mesa con buena presentación y excelente sabor.<br><br>1.2 Auxiliar de mantenimiento y aseo:<br>La persona encargada tiene los insumos necesarios para la realización de higiene y mantenimiento de los espacios destinados para el Centro de Bienestar, por lo tanto, a diario se realiza la limpieza y desinfección de los baños, los dormitorios y espacios comunes. Al igual que se recoge la ropa diariamente y se lleva a lavandería para su lavado, secado y entregar doblada en los locker de cada uno de los residentes. | |
| **2. ORIENTACION PSICOSOCIAL** | 2.1. Director técnico: Durante este periodo se realiza la planeación y coordinación de actividades, tendientes a brindar espacios garantistas de derechos, de buen trato entre iguales y con el personal de apoyo.<br>Se realiza acompañamiento a la supervisión y se toma atenta nota de las sugerencias y mejoras a realizar.<br>Se está al pendiente del cumplimiento del diario vivir de los Adultos Mayores, al igual que de las actividades planeadas por cada profesional y personal de apoyo.<br>La interacción con los Adultos Mayores es constante y se trata de dar respuesta a las solicitudes presentadas por cada uno de ellos.<br>En apoyo con el representante legal se realiza los pedidos para cumplimiento de minuta y se revisan los productos para dar ingreso y aprobación de los mismos. | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |

| | | |
|---|---|---|
| | Se realiza seguimiento a los horarios y actividades planeadas, al igual que se revisa y consigna en el libro de novedades los aspectos a resaltar.<br><br>2.2. Trabajadora Social: durante este periodo se realiza atención grupal en busca de fortalecer cohesión grupal, adaptación al medio institucional y reconocimiento de las normas que nos rigen en el Centro de Bienestar.<br>Se realiza abordaje con familia en busca de fortalecer vínculos afectivos y red de apoyo. Al igual que se indaga contantemente la situación familiar en busca de apoyos adicionales que permitan que el adulto mayor vuelva al hogar.<br>Constante atención psicosocial orientada a la resolución de conflictos por la vía del dialogo, el respeto y la sana convivencia.<br>Se está al pendiente de la gestión de citas médicas y con especialistas.<br>Apoyo en la coordinación para la atención integral de los adultos mayores. | |
| **3. ATENCION PRIMARIA EN SALUD** | 3.1. Auxiliares de Salud Pública / Enfermería: Durante este periodo desde el área se realiza:<br>Control de signos vitales que se registran en el formato semanal de cada adulto mayor.<br>Se organiza y se suministra medicamentos de acuerdo a la fórmula médica.<br>Revisión constante de citas programadas y seguimiento para el cumplimiento de las mismas por parte de los familiares y de la institución.<br>Recepcionar y registrar fecha y hora de suministro de medicamentos y útiles de aseo por parte de familiares.<br>Apoyo en el baño diario de los Adultos Mayores variando de acuerdo a la movilidad.<br>Supervisión en los tiempos de comida para revisar la ingesta de los alimentos y determinar gustos y preferencias.<br>Apoyo contante en el orden y organización de la ropa y útiles de aseo personal.<br>Atención constante a los estados de salud y variaciones en los resultados de toma de tensión y glucometria.<br>Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de encuentros grupales e individuales.<br>Apoyo en curaciones<br>Apoyo para la movilidad de las personas con limitaciones físicas y demás que se necesiten.<br><br>3.2. Cuidadoras: Durante el periodo se realizan actividades como:<br>Baño diario de los Adultos Mayores (realizado y/supervisado.)<br>Arreglo de ropa, cambio de ropa diariamente Cambio de pañales<br>Hidratación de la piel<br>Constante supervisión en la ingesta de líquidos y alimentos.<br>Corte de uñas, rasurado y corte de cabello. | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |

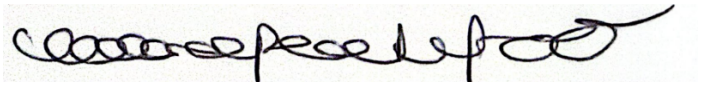
| | | |
|---|---|---|
| | Acompañamiento en desplazamiento de adultos mayores que tiene movilidad reducida Acompañamiento citas médicas. | |
| **4. ASEGURAMIENTO EN SALUD** | 4.1. El Centro de Bienestar Ciudad del Niño, establece durante el mes en revisión de las páginas del SISBEN y ADRES que todos los adultos mayores se encuentran afiliados en el Sistema de Salud, con sus respectivas EPS, ubicadas en el municipio de Floridablanca.<br>4.2. Durante el mes se cuenta con apoyo constante las 24 horas de EMI, de acuerdo al convenio firmado por un año en la prestación de servicios de salud. En el mes se atendieron en promedio 8 adultos mayores con 12 atenciones en la Institución y traslados por urgencias.<br>Se cuenta con Formula médica y recomendaciones a seguir. | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |
| **5. SERVICIO CAPACITACION EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS** | Este servicio continuo a cargo de la Señora Martha Dueñas – la cual tiene experiencia en trabajo con Adulto Mayor y realiza con ellos actividades manuales de acuerdo a las destrezas y habilidades de cada uno de los alumnos.<br>Durante este periodo, realizaron alistamiento de recursos para creación de proyectos. Por ejemplo, con papel periódico hicieron figuras que luego utilizaran para armar proyecto de centros de mesa. Recursos como: Foamy, papel periódico dibujado y coloreado.<br>Actividades que buscan facilitar la creación de proyectos y actividades de arte con los adultos mayores para desarrollar sus habilidades creativas, artísticas y cognitivas | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |
| **6. DEPORTE, CULTURA Y RECREACION** | 6.1 Durante el periodo se continúa promoviendo la actividad física como alternativa para mejorar la salud física y cognitiva. Se promueve la actividad física desde el goce productivo y la adquisición de estilos de vida saludable.<br>El profesional promueve el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los adultos mayores, a través de actividades recreativas, juegos, ejercicios y otras formas de movimiento, facilitando la convivencia y relaciones entre ellos, promoviendo el trabajo en equipo, la participación y cooperación.<br>Los días de intervención realiza calistenia y continua con la actividad física y/o recreativa programada.<br>Capacita a las cuidadoras para la realización de actividades físicas y recreativas a diario.<br>Además, desde el área se logra apoyo por parte de la casa de la cultura Piedra del Sol en diversas actividades lúdicas y culturales al igual que con INDERFLORIDA donde se intensifica por medio de la bailo terapia el ejercicio y la actividad física recreativa. | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |
| **7. PROMOCION DEL TRABAJO ASOCIATIVO** | 7.1. Materiales para trabajar iniciativas productivas y recreativas, todos los implementos se usan tanto para el desarrollo cognitivo en las clases de manualidades, como en trabajo psicosocial y actividades de los adultos mayores. La mayoría de los materiales son adquiridos en | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |

| | | |
|---|---|---|
| | papelerías, ya que cuenta con gran variedad de artículos, los cuales ayudan a crear proyectos, animar a los adultos mayores a ser más ágiles y creativos.<br>Los materiales utilizados: Foamy, cartón cartulina, pegante, colores, hojas de colores, resma de papel, palos de paleta, escarcha, vasos plásticos, silicona, papel periódico, cartones de huevos y temperas. | |
| **8. AUXILIO EXEQUIAL** | 8.1 Auxilio exequial, se renovó la póliza exequial con la empresa Grupo Recordar. Con esta entidad se tiene una cobertura al 100% de los adultos mayores del convenio de la alcaldía. | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |
| **9. GASTOS DE FUNCIONAMIENTO** | Durante el periodo comprendido entre el 06 de julio al 05 de agosto se realizaron los siguientes gastos:<br>9.1 Servicios públicos, (agua, luz, gas, tv e internet), se pagaron los servicios públicos, así que la institución se encuentra al día.<br><br>9.2 Implementos para el aseo del centro, se cuentan con varios proveedores de productos de aseo, como bolsas plásticas, productos de limpieza y separación de residuos.<br><br>9.3 Insumos papelería, para los informes de la alcaldía, y los proyectos para los adultos mayores.<br><br>9.4. Muebles y enseres | **SOPORTES EN EL INFORME TÉCNICO DETALLADO POR SERVICIOS** |

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.

Como contratista manifiesto bajo gravedad de juramento que toda la información y documentación suministrada en este informe, corresponde a la veracidad de actividades y demás anexos tendientes a certificar el cumplimiento de mis obligaciones como contratista, presumiéndose de buena fe por parte del supervisor del contrato la misma.

Se expide en Floridablanca, en fecha: 02 **de octubre del 2026.**



VIVIANA PEINADO FERREIRA
**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**
**SUPERVISOR DE CONTRATO**



ADONAI LAGUADO PULIDO
CC. 5628664
**REPRESENTANTE LEGAL**
**CENTRO DE BIENESTAR CUIDAD DEL NIÑO**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9140D723F97BB821

**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 **CLAUDIA PAOLA ARIAS DELGADO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 37619364 de PIEDECUESTA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 230147-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

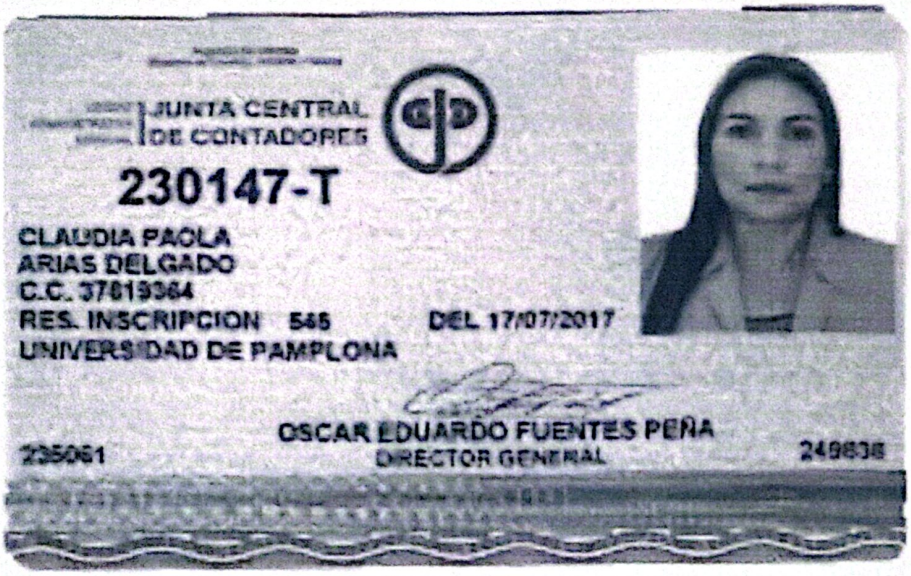
Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

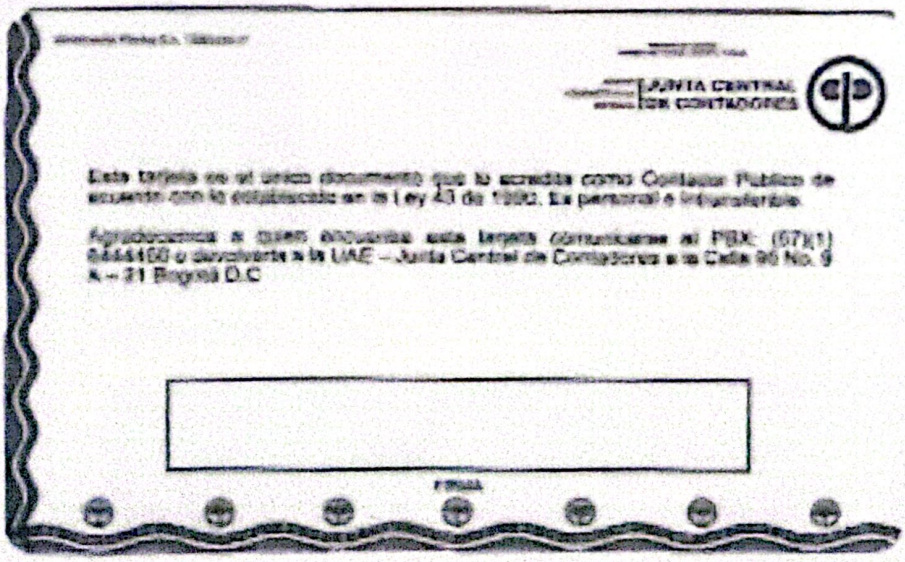
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Scanned with CamScanner




**DOCUMENTO VALIDO**

**CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO**




Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141238707419

(415)7707212489984(8020) 000014123870741 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 3 6 7 3 4 | 5 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

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

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

35. Razón social
CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| LOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Floridablanca 2 7 6 |

41. Dirección principal
BRR LAGOS 5 ET VIA FLORIDABLANCA

42. Correo electrónico ciudaddelnino@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 7 9 0 | 1 9 9 9 0 4 0 7 | 8 7 3 0 | 2 0 2 4 0 1 0 1 | 6 8 1 0 | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

04- Impto renta y compl. régimen especial 52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent 55 - Informante de Beneficiarios Finales
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-02 / 03:48:56PM

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

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LAGUADO PULIDO ADONAI
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 01-09-2026 11:08:20AM

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212489984(8020) 000014123870741 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 3 6 7 3 4 | 5 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 8 | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 8 | |
| 72. Número | 7 4 4 | |
| 73. Fecha | 1 9 9 1 1 1 2 0 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 4 | |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 1 1 1 2 0 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 6 8 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 2 7 6 | |
| **Vigencia** | | |
| 80. Desde | 1 9 9 1 1 1 2 0 | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

Fecha generación documento PDF: 01-09-2026 11:08:20AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212489984(8020) 000014123870741 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 3 6 7 3 4 | 5 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 4 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 0 0 1 2 8 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 6 2 8 6 6 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LAGUADO | PULIDO | ADONAI | |

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

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 01-09-2026 11:08:20AM

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141238707419

(415)7707212469984(8020) 000014123870741 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 3 6 7 3 4 | 5 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 4 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 7 6 1 9 3 6 4 | | 2 3 0 1 4 7 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIAS | DELGADO | CLAUDIA | PAOLA |

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 3 0 1

**Revisor fiscal suplente**

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



Scanned with CamScanner

Ciudad del Niño

NIT. 800 036 734 - 5

Floridablanca, 23 SEPTIEMBRE de 2026

**SEÑORES**

**ALCALDIA MUNICIPAL DE FLORIDABLANCA**

**Floridablanca- Santander.**

**Cordial Saludo.**

La presente tiene como objeto informar que se anexa el pago de estampilla Departamental con número de recaudo: 2502600599779 con fecha de pago 23 septiembre 2026, por un valor de TRES MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($3.047.200), correspondiente al pago por valor base del SEXTO PERIODO ejecutado comprendido entre el 06 de JULIO al 05 de AGOSTO de 2026, del CONVENIO DE ASOCIACION FLO-CONT-RE-001-2026 SECOP II: **CO1.PCCNTR.9257065** por un valor de: QUINIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ($533.242.500) suscrito entre la CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO CON NIT 800036734-5 y la Secretaria de Desarrollo social con fecha de 06 Febrero de 2026.

Atentamente,

**Adonai Laguado Pulido - Director**

**Corporación Ciudad del Niño**

ciudaddelnino@hotmail.com

Vía antigua Floridablanca Santander
Lagos 5 etapa
Corporación Ciudad del niño
NIT: 800036734 - 5
Email: Ciudaddelnino@hotmail.com

Scanned with CamScanner

BBVA
GOBIERNOS BUCA

23 SEP 2026

AUX N8 1

RECIBIDO

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

**Recibo de recaudo No: 2502600599779**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No. Documento: 8000367345
Nombre:
CORPORACION CIUDAD DEL NINO

**TRÁMITE**
CONVENIOS DE ASOCIACION

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | 76.177.500 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | 76.177.500 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | FE220 |
| VALOR TOTAL CONVENIO | 533.242.500 |
| FECHA CONVENIO | 30/01/2026 |
| NRO. CONVENIO | 9257065 |

**ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $1.523.600 |
| PRO UIS | $1.523.600 |

| | |
|---|---|
| TOTAL | $3.047.200 |
| **Total a pagar** | **$3.047.200** |

Con destino a:
Alcaldía de Floridablanca

Fecha expedición: 2026/09/23
Fecha límite de pago: 2026/09/29

Puede ingresar a
https://edeskprisma.syc.com.co/SANTANDER
para validar y consultar el detalle del pago de la
Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

**SOPORTE TRÁMITE**

Hora Inp:20260923 08:19:43


BBVA
GOBIERNOS BUCA

23 SEP 2026

AUX N8 1

RECIBIDO

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502600599779

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 8000367345
Nombre:
CORPORACION CIUDAD DEL NINO

TRÁMITE
CONVENIOS DE ASOCIACION

VALOR BASE 76.177.500
VALOR ORDEN DE PAGO 76.177.500
NUMERO ORDEN DE PAGO FE220
VALOR TOTAL CONVENIO 533.242.500
FECHA CONVENIO 30/01/2026
NRO. CONVENIO 9257065

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN
PRO HOSPITAL $1.523.600
PRO UIS $1.523.600

TOTAL $3.047.200
Total a pagar $3.047.200

Con destino a:
Alcaldía de Floridablanca

Fecha expedición: 2026/09/23
Fecha límite de pago: 2026/09/29

Puede ingresar a
https://edeskprisma.syc.com.co/SANTANDER
para validar y consultar el detalle del pago de la
Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Inp:20260923 08:19:43

# CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores:

ALCALDIA DE FLORIDABLANCA

Floridablanca – Santander

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO Que CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO** identificada con **NIT 800.036.734- 5** Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, durante el periodo de seis (06) de JULIO (07) al cinco (05) de AGOSTO (08) de 2026.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO ACTUANDO EN MI CALIDAD DE:

Revisora Fiscal, **CLAUDIA PAOLA ARIAS DELGADO** con documento de identidad cedula número 37.619.364 de la ciudad de Piedecuesta y Tarjeta Profesional 230147-T

Fecha de Expedición 23 de SEPTIEMBRE de 2025.

**CLAUDIA PAOLA ARIAS DELGADO**
C.C 37.619.364
T.P. 230147-T
En calidad de Revisora Fiscal
Contadora Corporación Ciudad del Niño

Scanned with CamScanner

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 63361539 | | CASTRO DIAZ JUANA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 13 36-46 BARRIO LA JOYA | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6338530 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 93805331 | 95082597S3 | I | 2026/08/12 | 2026/08/14 | BANCO DE OCCIDENTE | 2 | $509,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $210,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $9,200 | | $0 | $0 | | $508,300 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $210,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $9,200 | | $0 | $0 | | $508,300 |
| Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $210,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $9,200 | | $0 | $0 | | $508,300 |
| 1 | CC 63361539 | CASTRO JUANA | | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS037 | 30 | $1,750,905 | $210,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | 0.5325 | $9,200 | 0 | $0 | $0 | No | $508,300 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $210,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $9,200 | | $0 | $0 | | $508,300 |



Scanned with CamScanner

# Planilla Resumen



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 28341614 | | MARIA HERMENCIA ANAYA FERNANDEZ | INDEPENDIENTE | Principal | Cra 15 202a54casa 1 | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6584116 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 100810101 | 9500663530 | I | 2026/08/04 | 2026/08/02 | MEDLI | 0 | $491,500 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: Principal (1 Afiliados) | | | | | | $1,459,088 | $233,500 | | | $1,459,088 | $162,400 | | | $0 | $0 | | | $1,459,088 | | $35,600 | | $0 | $0 | | $491,500 |
| Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados) | | | | | | $1,459,088 | $233,500 | | | $1,459,088 | $162,400 | | | $0 | $0 | | | $1,459,088 | | $35,600 | | $0 | $0 | | $491,500 |
| Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | $1,459,088 | $233,500 | | | $1,459,088 | $162,400 | | | $0 | $0 | | | $1,459,088 | | $35,600 | | $0 | $0 | | $491,500 |
| 1 | CC 28341614 | MARIA MARIA | X | 23020 | 15 | $1,459,088 | $233,500 | EPS037 | 15 | $1,459,088 | $162,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 15 | $1,459,088 | 2.4366 | $35,600 | 0 | $0 | $0 | No | $491,500 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,459,088 | $233,500 | | | $1,459,088 | $162,400 | | | $0 | $0 | | | $1,459,088 | | $35,600 | | $0 | $0 | | $491,500 |



Scanned with CamScanner

aportes en línea

## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $233,500 | $0 | $0 | $233,500 |
| PROTECCION | 23201 | 800,229,739 | 6 | 1 | $233,500 | $0 | $0 | $233,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,400 | $0 | $0 | $35,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 830,903,790 | 5 | 1 | $35,400 | $0 | $0 | $35,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $182,400 | $0 | $0 | $182,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $182,400 | $0 | $0 | $182,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $451,300 | $0 | $0 | $451,300 |

Scanned with CamScanner

enlace operativo

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-07-25, 12:29:24 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87119982

**Periodo Cotización** 202607 **Periodo Servicio** 202607

## PAGADA 2026-07-25 00:20:09.0 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | EONILDE DE LAS MERCEDES88MORENO CHIVATA | | | | |
| **Documento** | CC 51998921 | **Dirección** | AV 17 #7 W - 51 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3167799342 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | PIEDECUESTA | **Departamento** | SANTANDER | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 51998921 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 03 | | | | | MORENO CHIVATA EONILDE DE LAS MERCEDES | 68547000 - 68 | | SANTANDER |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | AFP | | 6% | | | | | EPS002 | | 12.5 % | | | | 14-11 | 2 | | | | | | | | | | | |

### IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA AFP | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 18.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 237.200 |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 - Bogotá (601) 742 44 88 - Bucaramanga (607) 697 97 27 - Cali (602) 485 94 44 - Cartagena (605) 693 77 27 - Pereira (606) 340 13 27 - Manizales (606) 892 89 27 - Medellín (604) 604 27 27 - Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 - WhatsApp: 3164416932

EXPERTOS en PILA

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | ESEMBRADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79763367 | JESUS LAGUADO PULIDO | | manzana 7 casa 8 alcalá | 3206235767 | jesuslaguado1990@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 – Independiente | | | SANTANDER | FLORIDABLANCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD APC |
| | | 92840380 | 27/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $521.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS046 | SALUD MIA EPS | 900914254-1 | 216.600 | 0 | | 0 | | 0 | 35 | 5.700 | 0 | 224.600 | 1 |

**TOTALES PENSION**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Subsistencia | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23301 | Porvenir | 800234928-6 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 | 7.200 | 0 | 287.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860067959-5 | 9.200 | | | | 8.200 | 35 | 300 | 9.500 | | | 50 | 9.500 | 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 | 35 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 35 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IVE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 216.600 | 224.600 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 287.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 506.300 | 521.500 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

compensor | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79763087 | JESUS LADJADO PULIDO | | Floridablanca T casa 5 | 3208235767 | jesusladjado35@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SECURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | SANTANDER | FLORIDABLANCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD APO |
| | | 92840260 | 27/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $521.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | APF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo | Extranjero no obligado a cotizar a pensión | Colombiano en el exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días PENSIÓN | IBC PENSIÓN | Tarifa PENSIÓN | Cotización PENSIÓN | Valor UPC Adicional | Valor No Retenido por Aportante | Fondo de Pensiones Voluntarias de Solidaridad | Fondo de Pensiones Voluntarias de Subsistencia | Días SALUD | IBC SALUD | Tarifa SALUD | Cotización SALUD | UPC Adicional | Días RIESGOS LABORALES | IBC RIESGOS LABORALES | Clase de Riesgo | Cotización RIESGOS LABORALES | Código CCF | IBC CCF | Tarifa CCF | Aportes CCF | IBC Otros parafiscales | Tarifa SENA | Aportes SENA | Tarifa ICBF | Aportes ICBF |
| 1 | CC 79763087 | LADJADO PULIDO JESUS | 01 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 1.750.000 | 16 | 280.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 1.750.000 | 12,5 | 218.750 | 0 | 14 | 1.750.000 | 3 | 1 | 6.563 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

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 | 91154231 | HERMES MONTAÑEZ ORNALDOS | | VEREDA BERCLITE FINCA CARACOLI | 3213334485 | montanezhermes17@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | SANTANDER | FLORIDABLANCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | APS |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | 1 | 26/07/2026 | 98457245 | $190.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS041 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 900156264-2 | 182.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 182.400 | 1 |

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

| 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 | 860511296-5 | 7.700 | | | | 7.700 | 6 | 0 | 7.700 | | | 77 | 7.700 | 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 IVE, LMA, IBP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 182.400 | 182.400 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.700 | 7.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 190.100 | 190.100 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

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 | 91156231 | HERMES MONTAÑEZ GRIMALDOS | | VEREDA BERICLITE FINCA CARACOLI | 3212334495 | monteraz.hermes17@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 – Independiente | | | SANTANDER | FLORIDABLANCA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | 1 | 28/07/2026 | 58457545 | $192.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Colombiano | Residente en el exterior | Pensionado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SUS | IGE | LMA | VAC-LR | AVP | VCT | IRP | | | | | Cód. AFP | SIC AFP | Cotización | Valor(es) a Diferir | Valor(es) Aportes | Fecha(s) ingreso(s) de cotización(es) | Fecha(s) retiro(s) de cotización(es) | Cód. EPS | SIC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | SIC ARL | Tarifa % Riesgo | Cotización | Código CCF | SIC CCF | Aporte CCF | SIC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 91156231 | MONTAÑEZ GRIMALDOS HERMES | 07 | 3 | | No | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | NELCY SANTOS ARREGOCES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-56056802 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-07-23 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-08-03 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-07-23 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-07 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-07 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8640246608 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8639066637 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 218.900 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 280.200 |
| 14-25 | 890236175 | COLMENA | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 | $ 541.800 |

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 06/08/2026

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **MITCHELL DAYANNA ROJAS MAHECHA**, identificada con **CC** número **1100895661**, aportó por **MITCHELL DAYANNA ROJAS MAHECHA**, identificado(a) con **CC** número **1100895661** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **87486499** para el periodo de salud **2026-07** y pensiones **2026 - 07** de la siguiente forma.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Salud | ESSC24 | EPS-S Coosalud | 900226715 | SN | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.905 | 0.12500 | | $218.900 | Mayo - 2026 | 87486499 | 23/06/2026 | N |
| Riesgos Laborales | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 860011153 | SN | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.905 | 0.02436 | 5 | $42.700 | Mayo - 2026 | 87486499 | 23/06/2026 | N |
| Pensiones | 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739 | SN | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.750.905 | 0.16000 | | $280.200 | Mayo - 2026 | 87486499 | 23/06/2026 | N |

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Septiembre de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Scanned with CamScanner

Simple

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-07-25, 01:36:015 a. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1376853910

**Periodo Cotización** 202607 **Periodo Servicio** 202607

**PAGADA 2026-07-25 01:22:05.0 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ELDA SILVA DIAZ | | | | |
| **Documento** | CC 63514782 | **Dirección** | AV 17 #7 W - 51 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3167799342 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | PIEDECUESTA | **Departamento** | SANTANDER | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

## II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 63514782 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | SILVA DIAZ ELDA | 68547000 - 68 | | SANTANDER |

## III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | [illegible] | Tipo salario | Salario | Pensión: Código AFP | Código Trns AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Salud: Código EPS | Código Trns EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Riesgos: Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Caja: Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Parafiscales: Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | | | [illegible] | 230301 | | 16 % | [illegible] | [illegible] | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | [illegible] | [illegible] | $ 0 | 14-11 | 3 | [illegible] | [illegible] | $ 42.700 | [illegible] | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

## IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS S.A. | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6439000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scanned with CamScanner

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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | JACQUELINE VEGA SUAREZ |
| **No. Identificación:** | CC32753288 |
| **Dirección:** | SECTOR B BLOQUE 11 APT 4-2 LAGOS 4 ETAPA |
| **Telefono:** | 3143921171 |
| **Correo:** | asesorias.gno@gmail.com |
| **Ciudad:** | FLORIDABLANCA |
| **Número de Planilla:** | 71922156 |

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JACQUELINE VEGA SUAREZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC32753288 |
| **Número de planilla** | 71922156 |
| **Fecha pago** | 2026-06-02 |
| **Número de autorización pago** | 2196117 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 541800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-33 | Compañía de seguros Colsanitas S.A. | 42700 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 280200 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 218900 | 1 |

71922156

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 32753288
APELLIDOS Y NOMBRES: JACQUELINE VEGA SUAREZ

| EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 230301 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 0 |

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1098811452 | JULIANA CAMILA FLOREZ PEREZ | | vereda santa barbara finca 10 | 3019068412 | julinita_florez@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE MUNICIPAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | SANTANDER | BUCARAMANGA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | CANTIDAD SUSPENSIÓN | CANTIDAD UPC |
| | | 85509230 | 26/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 ✓ | I | $0 | $523.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.000 | 0 | | 0 | | 0 | 41 | 5.300 | 0 | 225.300 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800234808-8 | 280.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 6.100 | 0 | 286.300 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860069760-5 | 9.200 | | | | 9.200 | 41 | 300 | 9.500 | | | 92 | 9.200 | 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 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ESE, LMA, IEP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.000 | 225.200 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 286.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 521.000 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1098811452 | JULIANA CAMILA FLOREZ PEREZ | | Vereda santa barbara finca 10 | 3019650412 | juliana_florez@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | SANTANDER | BUCARAMANGA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 95509220 | 28/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $523.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Estudiante | Tipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC - LR | AVP | VCT | IRP | Fondo pensional de destinación | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Valor mora afiliado | Valor mora aportante | Fondo pensional de afiliación | Fondo pensional de solidaridad | 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 ICBF | Aporte SENA | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1098811452 | FLOREZ PEREZ JULIANA CAMILA | X | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23001 | 1.750.000 | 30 | 560.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | SPS020 | 1.750.000 | 30 | 414.000 | 14-11 | 1.750.000 | 30 | 1 | 8.280 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | ELKIN HORACIO CABALLERO BECERRA |
| CIUDAD/MUNICIPIO | FLORIDABLANCA | DEPARTAMENTO | SANTANDER |
| DIRECCIÓN | [illegible] | TELÉFONO | [illegible] |
| TIPO APORTANTE | [illegible] INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | [illegible] | TIPO DE PLANILLA | [illegible] INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES [illegible] AÑO [illegible] | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES [illegible] AÑO [illegible] |
| DÍAS DE MORA | [illegible] | | |
| FECHA PAGO | [illegible] | NÚMERO AUTORIZACIÓN | [illegible] |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | [illegible] | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | [illegible] | $ 0 | [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | [illegible] | $ 0 | [illegible] |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | EPS SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | [illegible] | | $ 0 | $ 0 | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

[illegible]

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada



Scanned with CamScanner

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 37831989 | | SUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 14A # 104 21ALTOS DE ROSALES | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6799549 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 1000000773 | 99087V331 | I | 2026/08/25 | 2026/07/29 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $337,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $318,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $16,200 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $318,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $16,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $318,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $16,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 37831989 | SUEÑAS MARTHA | | X | $0 | $0 | 0F5002 | 30 | $1,750,905 | $318,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-03 | 30 | $1,750,905 | $16,200 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $318,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $16,200 | | $0 | $0 |



2026/07/29 11:13 AM

Scanned with CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Ecomerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 370[illegible] | | SUEÑAS GOMEZ MARTHA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 144 # 104 3 ALTOS DE ROSALES | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 6799545 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 1800000773 | 93087215231 | I | 2026/08/25 | 2026/07/29 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $237,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,300 | $0 | $0 | $18,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $18,300 | $0 | $0 | $18,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $237,200 | $0 | $0 | $237,200 |



2026/07/29 11:13 AM

Scanned with CamScanner

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES**
**SOPORTE DE PAGO GENERAL**

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | NATALIA MARGARITA LARA GOMEZ |
| DEPARTAMENTO | | | SANTANDER |
| MUNICIPIO | | | 68845 |
| DIRECCIÓN | FLORIDABLANCA | TELÉFONO | [illegible] |
| TIPO APORTANTE | CABEZA DE HOGAR/NO PAD | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | 03-INDEPENDIENTE | ACTIVIDAD ECONÓMICA | [illegible] |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | PRIVADA | | Generado el por mayor de computadores, sujeto por |
| APORTANTE DICIEMBRE PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | UNICO | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | | | 9034865348 | TIPO DE PLANILLA | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN SYMOB | MES | [illegible] AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | [illegible] AÑO | 2026 |
| DIAS DE MORA | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | | 2026/04/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | | 108041735 |

**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 |
| [illegible] | [illegible] | 1 | $ 380.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 380.200 | $ 0 | $ 380.200 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 380.200 | $ 0 | $ 380.200 |

**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 AGRES | COTIZACIÓN | VALOR AGRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EMCH | EMCH-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 216.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 216.800 | $ 0 | $ 0 | $ 216.800 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | $ 216.800 | $ 0 | $ 0 | $ 216.800 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD EP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A ESTE PRESTADOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-71 | 14-71 - MPL 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 | | | | | | | | MOVIMIENTO | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | | | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | | | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | $ 1.700.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMIN | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | IBC | COTIZACIÓN | VALOR AGRES | TOTAL APORTE | ADMIN | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | IBC | ADMIN | ICBF | SENA | ESAP | ESAP | MINEDUC |
| | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| [illegible] | $ 1.700.000 | $ 380.200 | $ 0 | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] | $ 380.200 | [illegible] | $ 1.700.000 | $ 216.800 | $ 0 | $ 216.800 | [illegible] | $ 1.700.000 | [illegible] | $ 42.700 | $ 0 | [illegible] | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner

**BBVA COLOMBIA**
**NIT 860.003.020-1**

**CERTIFICA**

Que **CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO** identificado(a) con **número 800.036.734** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130197000100015589** aperturada el **02 de abril de 2002**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

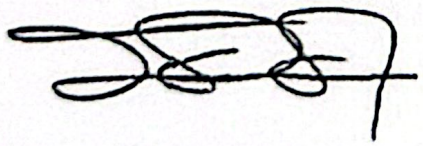
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **197015589**
10 dígitos: **0197015589**
16 dígitos: **0197000100015589**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **01** de **JULIO** de **2026** a las **14:10**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

**BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO**

VIGILADO SUPERINTENDECIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

**CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO**
NIT 800.036.734-5
LAGOS V VIA ANTIGUA
FLORIDABLANCA
Tel: (037) 6391526
Floridablanca - Colombia
CIUDADDELNINO@HOTMAIL.COM

Factura electrónica de venta
**No. FE 220**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | ALCALDIA DE FLORIDABLANCA | | |
| **NIT** | 890.205.176-8 | **Teléfono** | (607) 6911050 - Ext. 0 |
| **Dirección** | CALLE 5 # 8 25 | **Ciudad** | Floridablanca - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 04/09/2026, 22:51 |
| **Expedición** | 04/09/2026, 22:52 |
| **Vencimiento** | 11/09/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Pago Parcial corte No 6 al CONVENIO DE ASOCIACIÓN, LEY 489 DE 1998, DECRETO 092 DE 2017 Número de Convenio , CO1 PCCNTR 9257065 con Número de Proceso FLO-CONT-RE001-2026 con objeto de: Anuar esfuerzos para brindar protección y bienestar a los adultos mayores del municipio de Floridablanca, con la metodología de Sisbén IV entre A1 a C18 o carentes de recursos económicos, así como brindar una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, conforme a las Leyes 1276 Y 1315 de 2009-LOTE 2 | 1.00 | 76,177,500.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 76,177,500.00 |
| **Total a Pagar** | 76,177,500.00 |

**Valor en Letras:**
Setenta y seis millones ciento setenta y siete mil quinientos pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-09-11 por $ 76,177,500.00

**Observaciones:**
POR FAVOR NO REALIZAR RETENCION A LA CORPORACION CIUDAD DEL NIÑO, quien tiene un tratamiento especial, en materia de retención en la fuente. Contemplado en el decreto 2150 - del 20/12/2017 por el cual se reglamenta el Régimen Tributario Especial en el impuesto sobre la renta (artículos 1.2.1.5.1.2.,1.2.1.5.1.11. y 1.2.1.5.1.48. del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016) - Oficio 025602 del 02/09/2015 - Concepto 008722 del 17/04/2017POR FAVOR NO REALIZAR RETENCION

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 18764109534060 aprobado en 20260507 prefijo FE desde el número 213 al 500 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 8790 Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento Tarifa
**CUFE:** 686b45e6921d6307e459cf7a1de292955be0d9009e1d73ce52a3e7a9043d1a04e68553c65d39af58f945476b4d7a9345

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