HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 1

Fecha:	28/10/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Septimebre de 2026

No. de Contrato:	038/2026	VALOR	$ 151.943.671,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CM-001-2026-HOMIL		
Objeto	"CONTRATAR LA INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y/O CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO 362-2022, PARA EL MANTENIMIENTO PERIODICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV"		
Nombre de Contratista	CONSORCIO MILITAR GB10	NIT/ CC	902.050.547-2
Clase de Contrato	CONTRATO DE INTERVENTORÍA	Modalidad de Contratación	Licitación pública

Cuenta Bancaria No.	17200001370	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si Aplica):3519860-8	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 23/12/2022

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	125226	14/1/2026	1740	27/3/2026	173326	27/3/2026	FVES	23/10/2026	N/A	ACTIVOS FIJOS	$ 30.099.599,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											$ 30.099.599,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Treinta millones noventa y nueve mil quinientos noventa y nueve pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	$ 151.943.671,00			$ 100.786.678,00	$ 51.156.993,00
TOTAL CONTRATO	$ 151.943.671,00	$ -	$ -	$ 100.786.678,00	$ 51.156.993,00

Nombre del Supervisor (Interventor) : RL. BLANCA INÉS BUITRAGO FARAH	Fecha de notificación: 27/03/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	27/3/2022	30/11/2026
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	En tiempo	
	1- HASTA EL 30/11/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales según Planilla N° **95331626** del 2026/09/06, correspondiente al mes de septiembre de 2026. En mi condición de SUPERVISOR del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo agosto - septimbre de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente contrato dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

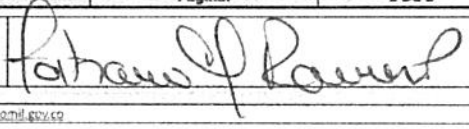
OBSERVACIONES: Informe correspondiente al mes de septiembre del 2026, para el presente pago necesario que el valor sea cargado contablemente al edificio principal, de igual forma para el presente pago es necesario que los abonos se efectúan a nombre del CONSORCIO MILITAR GB10 con numero de NIT 902050547-2 y cuenta de ahorros No 17200001370 inscrita a BANCOLOMBIA a nombre de ARQUITECTURA GB S.A.S

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	1 DE 1	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL INTERVENTOR:
TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO
SUPERVISOR DE CONTRATO INTERVENTORIA
038/2026

FIRMA: 

NÚMERO DE CEDULA:

CELULAR : 3202713373 **CORREO:** tramos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	3
Certificación Bancaria	X	1

CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 – PERSONAS JURÍDICAS.

Yo, **BLANCA INES BUITRAGO FARAH**, identificada con cédula de ciudadanía N° 41.638.871 de Bogotá, en mi condición de Representante Legal de CONSORCIO MILITAR GB10, identificado con Nit 902.050.547-2, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota 1: Las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, están exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, del ICBF y al sistema de salud, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, de conformidad con el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

Dada en Bogotá, a los (22) días del mes de octubre de 2026

Atentamente,

BLANCA INES BUITRAGO FARAH
Representante Legal
CONSORCIO MILITAR GB10

CONSORCIO MILITAR GB10

Carrera 13 # 93-35 OFICINA 691

BOGOTÁ,BOGOTÁ, Colombia

NIT 902050547 - 2
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764108642514 del 20/04/2026 al 20/04/2028
Habilita numeración de:
FVE-1 al FVE-500
Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA
Responsabilidad fiscal:
R-99-PN No Aplica - Otros

Factura Electronica de Venta No. FVE5

Fecha de emisión:	23/10/2026 08:23:39 AM
Fecha de validación DIAN:	23/10/2026 08:26:35 AM
Fecha de vencimiento:	21/01/2027
Plazo (Dias):	90
Codigo de Moneda	COP
Tasa de Cambio	
Orden de Compra	
Remisión	
Pedido	
Asesor	
Aviso de Recibo	

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
	NIT 830040256 - 0
Dirección:	TRANSVERSAL 3 49 02
Codigo Cliente	01
Teléfono:	3486868
Dirección Despacho:	
Contacto:	
Ciudad:	Bogotá, D.C
Departamento:	Bogotá
País:	Colombia

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	.	Corte N°4 CTO de interventoría 038-2026 "CONTRATAR LA INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y/O CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO 362-2022, PARA EL MANTENIMIENTO PERIODICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL.	1,00	unidad	COP 25,293,781.26	COP 0.00	IVA(19%)		COP 25,293,781.26

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
GECO
23 OCT 2026
VISADO SIIF
FIRMA:

Total de items: 1
Observaciones
#15-19-00;Contrato038/2026/;facturacionsiif@homil.gov.co#

Subtotal:	COP 25,293,781.26
IVA(19%)	COP 4,805,818.44

Impuestos:	COP 4,805,818.44
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.70
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 30,099,599.00
Neto a pagar	COP 30,099,599.00

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Débito

Consignar en cuenta de ahorros N° 17200001370 de Bancolombia a nombre de ARQUITECTURA GB SAS GB10 Nit 901616645-3

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	902050547-2	CONSORCIO MILITAR GB10	CARRERA 13 # 93-35	6010000000	gb10.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95331626	06/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	Y	$0	$139.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	139.200				139.200	0	0	139.200			1.392	139.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	139.200	139.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	139.200	139.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901616645-3	ARQUITECTURA GB SAS		Carrera 13 No. 93-35 of 691	3182809620	arqgb.contacto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94665336	04/09/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$8,754,525	$2,260,700	

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	Cotiza exterior	Exonerado	Más	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 1020735061	GARCIA BUITRAGO JUAN SEBASTIAN	1	0			S																	230901	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1020754688	CAJIAO PAREJA ALICIA	1	0			S																	230901	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1022331384	VEGA CARAVANTE EVER DANEY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1074184329	MARTINEZ RAMIREZ CRISTIAN CAMILO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 52097708	SUESCA JIMENEZ LUZ MERY	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51882656	NOHORA CARMENZA GARZON LOZANO	carrera 11 # 27-30 sur	3024770735	arqnoragarzon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95569490	02/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$218.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900934816-6	GB 10 CONSULTORES SAS		CR 13 No.-93-35 of 691	3153566805	gb10.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95201797	06/10/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-10	2026-09	E	$9.503.620	$2.324.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Exonerado	IGE	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 1020733263	SANCHEZ ALAYON GLORIA CATALINA	1	0			S																	231001	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
2	CC 1022331364	VEGA CARAVANTE EVER DANEY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1074184329	MARTINEZ RAMIREZ CRISTIAN CAMILO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 17144460	GARCIA GARCIA JAIRO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 52526367	ARIZA ARDILA XIMENA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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