	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO	CÓDIGO:	F-FI-06
enterritorio		VERSIÓN:	1
	GESTIÓN FINANCIERA	VIGENCIA:	2/11/2020

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: Consorcio Inter-conexiones

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [X] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 901.392.836 **DV:** 1

MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN [ ]

SEÑALE EL CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente) 7112

TELÉFONO: (1) 7031726 **CORREO ELECTRÓNICO** gerencia@geagor.com

FUNCIONAMIENTO [ ] **CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** [X] **SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS** [ ]

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO 219141 **No. CONTRATO** 2200837

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	66.249.141,95
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	

No. PROCESO CONTRACTUAL **CONVOCATORIA MERITORIA CME 010-2020**

CONCEPTO PAGO FIJO:	ACTA PARCIAL No. 7. INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS, DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS, EN LOS MUNICIPIOS DE MARÍA LA BAJA (BOLÍVAR) SABANAS DE SAN ANGEL (MAGDALENA), ASTREA (CESAR), TADÓ (CHOCÓ) y ATRATO (CHOCÓ) - GRUPO 3. ASTREA – CESAR
CONCEPTO PAGO VARIABLE:	

FACTURA No. FELEC15 **CUENTA DE COBRO** [ ] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

ANTICIPO: SI [ ] NO [X] % [ ] **VALOR $** **OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**

RETEGARANTIA: SI [ ] NO [X] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

AMORTIZA: SI [ ] NO [X] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	FECHA(S) DE PAGO	No. PLANILLA(S) DE PAGO	VALOR(ES) PAGADO(S)
EPS	09/04/2021 07/04/2021 21/04/2021 30/03/2021 30/03/2021 12/04/2021 13/04/2021	9418492577 9418414231 9418119492 9418169507 85739265832 953534213 955118773	286,900 249,200 113,600 $109,800 $109,800 $175.800
AFP Y FSP	09/04/2021 07/04/2021 21/04/2021 30/03/2021 30/03/2021 12/04/2021 13/04/2021	9418492577 9418414231 9418119492 9418169507 85739265832 953534213 955118773	$1,146,500 $996,200 $145,400 $145,400 $145,400 $225.100 $147,200
ARL	09/04/2021 07/04/2021 13/04/2021 13/04/2021	9418492577 9418414231 9418585663 955118773	216,000 $316,500 $301,300 $4,900

2. ACEPTAN Y AUTORIZAN EL PRESENTE PAGO

	ACEPTA - BENEFICIARIO	APRUEBA - INTERVENTOR	AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL	VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio
				[ ] Verifica cumplimiento obligaciones contractuales del interventor [ ] Verifica cumplimiento obligaciones contractuales y autoriza el pago
FIRMA:				
NIT / C.C.:	901.392.836-1			1.049.640.882
NOMBRE:	Consorcio Inter-conexiones			Juan David Amón Rodriguez

3. PARA DILIGENCIAR POR ENTerritorio

DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

[x] 1. Planillas de pago seguridad social	[ ] 7. Formato FAP028	[ ] 13. Acta de comité	[ ] 19. Informe final
[x] 2. Certificación de parafiscales	[ ] 8. Formato FAP250	[ ] 14. Acta de obra	[ ] 20. Formulario AFC
[x] 3. Factura	[x] 9. Acta de inicio	[ ] 15. Acta y/o recibo a satisfacción	[ ] 21. Certificación de Impuestos Municipales
[ ] 4. Cuenta de cobro/ Documento equivalente	[ ] 10. Plan de inversión del anticipo	[ ] 16. Acta de liquidación	[ ] 22.Oferta Económica definitiva (aplica solo al primer pago)
[x] 5. RUT (obligatorio para el primer pago del contrato)	[x] 11. Acta de recibo parcial y Balance Presupuestal	[x] 17. Certificación bancaria	[x] 23. Otros, indique cuales en la siguiente fila
[ ] 6. Formato FAP027	[ ] 12. Memoria de cantidades de obra	[ ] 18. Informe de avance	

PLAZO DEL CONTRATO (FECHAS)

INICIO 31/7/2020 **FIN** 31/3/2021 **DESEMBOLSO Nº** 7 **VALOR BRUTO $** 66.249.141,95

C. COSTO FUNCIONAMIENTO / CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO / SGR	REGISTRO PRESUPUESTAL	ORDEN DE PAGO / No. OBLIGACION (SGR)	CONSECUTIVO SISTEMA / No. OP SGR	VALOR $

OBSERVACIONES:

APLICA EN ESTE COBRO LA ESTAMPILLA PROUNIVERSIDAD ESTATAL LEY 1697/2013 SI [X] NO [ ] **VR. SOBRE CUAL APLICA EN EL COBRO $** 55.671.547,86

AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (aplica para contratación derivada) o **GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio es el Gerente del contrato interadministrativo)

CARLOS ANDRES BRAVO

ORDENADOR DEL GASTO

(NO APLICA PARA CONTRATOS)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

¿RETIRA INFORME? SI [ ] NO [x]

REVISÓ Y PROGRAMÓ - PRESUPUESTO | **PROCESÓ - CONTABILIDAD** | **GIRO - GESTIÓN DE PAGADURIA**

NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y 2. Documentos anexos, junto con las respectivas firmas.

ENTerritorio realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio.

1. INFORMACIÓN GENERAL	
a.	Nombre del beneficiario / razón social: después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad.
b.	**Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad.
c.	**Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo.
d.	**Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen**
e.	**Código de la actividad económica CIIU:** Indicar el código de la actividad desarrollada - código CIIU CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL INTERNACIONAL UNIFORME DE TODAS LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS REV. 4 A.C del 2012 DANE
f.	**Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica.
g.	**Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico
h.	**Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funciona**miento, convenios o contratos interadministrativos, S**istema General de Regalías (SGR))
i.	Número de convenio o contrato interadministrativo: escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta.
j.	**Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco.
k.	**Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente.
l.	**Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago Variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente.
m.	**Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco.
n.	**Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento.
o.	**Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo.
p.	**Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
q.	**Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos.
r.	**Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
s.	**Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco).
t.	**Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor.
u.	**Información del pago al sistema de seguridad social:** En esta tabla escriba la fecha, numero de planilla y valor de los aportes a EPS / AFP y FSP / ARP, según corresponda.
v.	**No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II).

2. ACEPTAN Y AUTORIZAN EL PRESENTE PAGO	
a.	**Acepta Beneficiario:** registre la firma y el nombre claramente, indicando además el número de identificación. Para representante legal registrar la firma del representante legal, nombre y NIT
b.	**Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre.
c.	**Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS).
d.	**Verifica Supervisor ENTerritorio (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el seguimiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio.
	Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio (si aplica): registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio y autoriza el pago.

3. PARA DILIGENCIAR POR ENTerritorio	
	Sea cuidadoso en el diligenciamiento del presente formato y NO UTILICE los espacios que corresponden a este numeral toda vez que son de EXCLUSIVIDAD para ENTerritorio y serán completados en la medida que el documento surta el trámite por cada una de las áreas involucradas en el proceso.
	Documentos anexos (1 a 23): en esta parte el área correspondiente diligenciará las casillas de acuerdo con los documentos anexados a la certificación.
	NOTA: Los nombres de los formatos mencionados en esta sección son:
a.	Autorización de viaje y/o suministro de tiquetes - FAP024
b.	Información general y tributaria de terceros - FAP025
c.	Documento equivalente (Comprobante de pago) - FAP027
d.	Relación para la legalización y o reintegro de gastos desplazamiento - FAP028
e.	Paz y salvo - FAP618
f.	Aplica en este cobro la estampilla prouniversidad estatal Ley 1697/2013: marque con una x si le aplica el cobro de la estampilla de acuerdo a la Ley 1697/2013, en caso de que aplique escriba el valor sobre el cual aplica el cobro. Autoriza Gerente del convenio o contrato interadministrativo: registre la firma, nombres y apellidos completos del Gerente de Unidad o Gerente del contrato interadministrativo, según sea el caso, que autoriza los pagos, tras haber confirmado que las instancias anteriores, que apliquen, han completado las labores a su cargo y han suscrito la documentación correspondiente. Aplica para la contratación derivada.
g.	Autoriza Gerente del Convenio o Contrato interadministrativo: Registre la firma del Gerente de Unidad o Gerente del Contrato interadministrativo, según sea el caso, que autoriza los pagos, tras haber confirmado que las instancias anteriores, que apliquen, han completado las labores a su cargo y han suscrito la documentación correspondiente. Aplica para la contratación derivada.
h.	Autoriza Gerente de Grupo: registre la firma, nombres y apellidos completos del Gerente de Grupo, que autoriza los pagos, tras haber confirmado que las instancias anteriores, que apliquen, han completado las labores a su cargo y han suscrito la documentación correspondiente. Aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio es el Gerente del Convenio o Contrato interadministrativo.

CONSORCIO
INTER-CONEXIONES

Bogotá, 13 de mayo de 2021.

Señores:
EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL -ENTerritorio
Ing. Juan David Amón Rodríguez.
Supervisor de contrato.
Calle 26 No. 13 – 19
Bogotá D. C.

CIN-AST-267

Ref.: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 2200837 - INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS, DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS, EN LOS MUNICIPIOS DE MARÍA LA BAJA (BOLÍVAR) SABANAS DE SAN ÁNGEL (MAGDALENA), ASTREA (CESAR), TADÓ (CHOCÓ) y ATRATO (CHOCÓ) - GRUPO 3. ASTREA – CESAR.

Asunto: Acta parcial de interventoría No. 7.

Cordial saludo,

Conforme a la forma de pago establecida en el contrato de interventoría citado en referencia, que establece:

11.2. FORMA DE PAGO
ENTerritorio pagará a la interventoría el valor por el cual le fue aceptada la oferta, de acuerdo con la siguiente forma de pago, que aplicará para los contratos de cada uno de los grupos así:
a) Pagos mensuales, hasta completar el noventa por ciento (90%) del valor total del contrato, aplicado a las actas parciales e informes de obra, por el sistema de avance de obra, de acuerdo con el cronograma de ejecución aprobado. Para calcular el porcentaje mensual que se pagará a la Interventoría, se tomará como base, el acta parcial e informe de obra ejecutado por el contratista de obra y aprobado por la Interventoría mediante la siguiente fórmula:
*VPMn= An*VC - 10% (An*VC)*
VPMn = Valor a pagar en el mes n
An = Avance de obra ejecutada en el mes n, expresado en porcentaje
VC = Valor total del Contrato de interventoría
b) Diez por ciento (10%) del valor total del contrato de Interventoría, una vez se cumplan los siguientes requisitos:
➢ Aprobación por parte de ENTerritorio de la póliza de calidad del servicio del contrato de Interventoría.
➢ Suscripción del Acta de Liquidación del contrato de Obra.

Se adjunta los siguientes documentos:

1. Formato F-FI-06
2. Factura electrónica No. 14

3. Formato F-GG-32
4. Certificado de paz y salvo y pago de parafiscales.
5. Planilla de pago de seguridad social
6. Autorización de facturación electrónica
7. Certificación bancaria
8. Rut del consorcio Inter-Conexiones

Agradezco la atención,



Ing. LADY AGUIRRE ORTIZ
Representante Legal
CONSORCIO INTER- CONEXIONES
Anexo: ARCHIVO PDF.
Copia: Consorcio Intradomiciliaria 2020.
Elaboró: Aao

CONSORCIO INTER-CONEXIONES
NIT 901,392,836-1 - Responsable de IVA
TV 19 A 98 28 OF 502

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.FELE 15

Expedida	Vence
2021/05/24	2021/06/24

Cliente: ENTERRITORIO EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL	**Nit:** 899,999,316 -1
Dirección: CL 26 13 19	**Tel:**
Ciudad: Bogota d.c - BOGOTA D.C	

#	Código	Descripción	Medida	IVA	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	1	CONTRATO DE INTERVENTORIA 2200837. INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS, DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS, EN LOS MUNICIPIOS DE MARÍA LA BAJA (BOLÍVAR) SABANAS DE SAN ANGEL (MAGDALENA), ASTREA (CESAR), TADÓ (CHOCÓ) Y ATRATO (CHOCÓ) - GRUPO 3. ASTREA CESAR	Unid	19%	1	55,671,547.86	$55,671,547.86

	Sub Total	$55,671,547.86
	I.V.A	$10,577,594.09
Total ítems:1	Total Factura	$66,249,141.95

Son: SESENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS Con 95 CTS M/L
Forma de pago:Crédito , Plazo: 2021/06/24

ACTA PARCIAL N.7 CONSORCIADOS: CLEMENTE ALFREDO BUITRATO AMARILLO CC. 19.483.980 34% - BALER INGENIERIA SAS NIT. 900.264.015 20% - GEAGOR SAS NIT.900.544.313 23% - EDISON SEGUNDO DUQUE GUZMAN CC.79.505.720 23%. FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS No.064056781 DEL BANCO AV VILLAS.

Resolución facturación No. 18764005310497 del 2020/10/06 al 2021/10/06, consecutivos autorizados del FELE1 al FELE50

Firma y Sello del Cliente: _____ **Fecha Recibido:** _____

Cufe: 1f990439db5a2db36d5ec61a9b5270c27554c9ddb54f732433255d1a7c88fb04f4a362f12c716b5f42421e25bfaccdab

Representación impresa de factura electrónica de venta

Operador: CADENA S.A Nit: 890930534 **Fecha hora validación**: 2021-05-24 16:33

	ACTA DE RECIBO PARCIAL Y BALANCE PRESUPUESTAL	CÓDIGO:	F-GG-32
eterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-20

ACTA No. 7

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE INTERVENTORIA **CONTRATO No.** 2200837

OBJETO: INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS, DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS, EN LOS MUNICIPIOS DE MARÍA LA BAJA (BOLÍVAR) SABANAS DE SAN ANGEL (MAGDALENA), ASTREA (CESAR), TADÓ (CHOCÓ) y ATRATO (CHOCÓ) - GRUPO 3. ASTREA – CESAR

CONTRATISTA : Consorcio Inter-conexiones

INTERVENTOR: No aplica

PERÍODO A PAGAR: **DEL 1 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2021**

En Bogotá, al primer (1) día del mes de ABRIL del año 2021 se reunieron Lady Aguirre Directora de Interventoría y Juan David Amón, Supervisor del contrato por parte de ENTerritorio para dejar constancia por medio de la presente acta del recibo parcial de las siguiente actividades según las condiciones que se detallan a continuación:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN (Corresponde a los ítems o productos contratados)	UNIDAD	CONTRATO			CANTIDADES			VALORES			SALDOS	
			CANTIDAD CONTRATO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	ACUMULADO ANTERIOR	PRESENTE MES	ACUMULADO TOTAL	ACUMULADO ANTERIOR	PRESENTE MES	ACUMULADO TOTAL	CANTIDAD	VALOR
	ACTIVIDAD No. 1												
1,1	COBRO No. 7 PAGO MENSUAL DE INTERVENTORIA No. 7	UND	$ 1,00	$ 194.592.375,63	$ 194.592.375,63	68,21%	31,7900%	100,0000%	$ 132.731.459,42	$ 61.860.916,21	$ 194.592.375,63	0,00%	$ -
VALOR TOTAL COSTOS DIRECTOS					$ 194.592.375,63				$ 132.731.459,42	$ 61.860.916,21	$ 194.592.375,63		$ -
VALOR TOTAL COSTOS INDIRECTOS					$ 36.972.551,37				$ 25.218.977,29	$ 11.753.574,08	$ 36.972.551,37		$ -
	ADMINISTRACIÓN	**0,00%**		$ -	$ -				$ -	$ -	$ -		$ -
	IMPREVISTOS	**0,00%**			$ -				$ -	$ -	$ -		$ -
	UTILIDAD	**0,00%**			$ -				$ -	$ -	$ -		$ -
	IVA 19% SOBRE COSTOS DIRECTOS	**19,00%**			$ 36.972.551,37			-	$ 25.218.977,29	$ 11.753.574,08	$ 36.972.551,37		$ -
				VALOR TOTAL	**$ 231.564.927,00**				**$ 157.950.436,71**	**$ 73.614.490,29**	**$ 231.564.927,00**		**$ -**

BALANCE PRESUPUESTAL

V/R INICIAL CONTRAT	**231.564.927,00**	**V/R ANTICIPO:**	**-**
V/R ADICIONES:		**% ANTICIPO :**	**0%**
V/R ACTUAL CONTRA	231.564.927,00	**% RETEGARANTIA :**	**0%**

NO.	DESCRIPCIÓN	FECHA DE PAGO	VALOR FACTURADO	% PAGADO	RETENCIÓN GARANTÍA	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	SALDO POR AMORTIZAR	VALOR NETO A PAGAR	SALDO POR PAGAR	% PAGADO ACUMULADO
	ACTA PARCIAL No. 1	30-oct.-20	$ 7.881.738,11	3,40%		$ -	$ -	$ 7.881.738,11	$ 223.683.188,89	3,40%
	ACTA PARCIAL No. 2	2-dic.-20	$ 6.314.775,56	2,73%		$ -	$ -	$ 6.314.775,56	$ 217.368.413,33	6,13%
	ACTA PARCIAL No. 3	23-dic.-20	$ 34.199.824,07	14,77%		$ -	$ -	$ 34.199.824,07	$ 183.168.589,26	20,90%
	ACTA PARCIAL No. 4	1-mar.-21	$ 27.989.252,74	12,09%		$ -	$ -	$ 27.989.252,74	$ 155.179.336,52	32,99%
	ACTA PARCIAL No. 5	31-mar.-21	$ 33.178.622,74	14,33%		$ -	$ -	$ 33.178.622,74	$ 122.000.713,78	47,31%
	ACTA PARCIAL No. 6	28-abr.-21	$ 32.595.079,12	14,08%		$ -	$ -	$ 32.595.079,12	$ 89.405.634,66	61,39%
	ACTA PARCIAL No. 7	Mayor valor obrado en acumuldo anterior	$ (3.899,31)	28,61%	$ -	$ -	$ -	$ (3.899,31)	$ 89.409.533,97	90,00%
		Valor acta 7	$ 66.253.041,26		$ -	$ -	$ -	$ -	$ 89.409.533,97	90,00%
		Total Facturado acta 7	$ 66.249.141,95		$ -	$ -	$ -	$ 66.249.141,95	$ 23.160.392,02	90,00%
				0,00%	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 23.160.392,02	90,00%
				0,00%	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 23.160.392,02	90,00%
				0,00%	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 23.160.392,02	90,00%
	TOTAL		**$ 208.408.434,3**	**90,00%**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 208.404.534,98**	**$ 23.160.392,02**	

OK

(1) Descripción de la etapa o el período facturado: Acta parcial No. 7

FECHA DE ELABORACIÓN: 01/4/2021

Elaboró

CONTRATISTA: Consorcio Inter-conexiones

Firma:

Nombre: Ing. Lady Aguirre

REP. LEGAL O DIRECTOR DE INTERVENTORIA

Aprobó

DESIGNADO POR EL ENTE TERRITORIAL: ENTerritorio

Firma:

Nombre: Ing. Juan David Amón

Supervisor

Avaló

DESIGNADO POR EL ENTE TERRITORIAL: ENTerritorio

Firma:

Nota 1:
a) En los contratos a precio global, la segunda casilla se diligencia con los capítulos correspondientes. b) Todas las cantidades de obra estarán aproximadas al entero por exceso o por defecto. c) Todos los valores estarán expresados en pesos aproximando los centavos por exceso o por defecto. d) Este formato puede ser suscrito por los representantes legales del Contratista y la

Nota 2: Instrucciones para la firma

Elaboró - Representante legal o Director de obra: Registre la firma y el nombre claramente del Director de obra. Para representante legal registrar la firma del representante legal, nombre y NIT

Aprobó - Representante legal o Director de Interventoría: Registre la firma y el nombre claramente del Director de Interventoría. Para representante legal registrar la firma del representante legal, nombre y NIT. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica,

Avaló - Designado Ente Territorial (si aplica): Registre la firma y el nombre de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad

CONSORCIO
INTER-CONEXIONES

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

Los abajo firmantes en condición de Representante Legal y contador público del CONSORCIO INTER-CONEXIONES con Nit. 901.392.836-1, nos permitimos certificar que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la sociedad se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria) y el Decreto 1828 de 2013 la compañía es exenta de los pagos parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Salud de sus Empleados.

Dada en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de mayo de 2021.

Atentamente,

SANDRA YASMIN SOSA PEÑALOSA
C.C. No. 52.372.721 de BOGOTA
CONTADOR PÚBLICO
TP. 164900-T

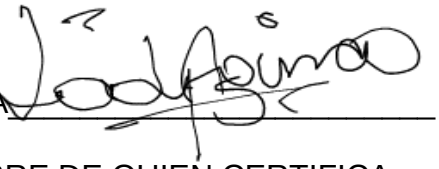
LADY AGUIRRE ORTIZ
C.C. 1.022.347.445 de Bogotá
Representante Legal
CONSORCIO INTER-CONEXIONES

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

En mi condición de Representante Legal de **BALER INGENIERIA S.A.S**, identificada con Nit **900.264.015-8**, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de **BOGOTA** me permito que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria) y el Decreto 1828 de 2013 la compañía es exenta de los pagos parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Salud de sus Empleados.

Dada en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de mayo de 2021.

FIRMA 

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA:
LADY MERCEDES AGUIRRE ORTIZ
Representante Legal
BALER INGENIERÍA S.A.S.

BALER INGENIERÍA

TRANSVERSAL 19 A No. 98 – 28 OFICINA 502 - BOGOTA D.C.
TEL: 703 17 26 – E-MAIL: gerencia@civingingenieria.com

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

Yo, EDISON SEGUNDO DUQUE GUZMAN, actuando en nombre propio, identificado con cedula No. 79.505.720 de Bogotá, me permito que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria) y el Decreto 1828 de 2013 la compañía es exenta de los pagos parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Salud de sus Empleados.

Dada en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de mayo de 2021.

FIRMA  _____

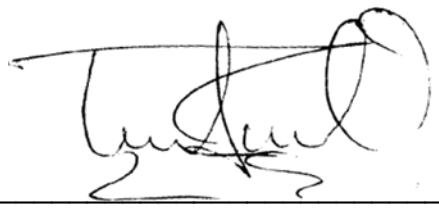
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: **EDISON SEGUNDO DUQUE GUZMÁN**
CC No. 79.505.720 de Bogotá

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

En mi condición de Representante Legal de **GEAGOR S.A.S**, identificada con Nit **900.544.313-1,** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de **BOGOTA** me permito que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria) y el Decreto 1828 de 2013 la compañía es exenta de los pagos parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Salud de sus Empleados.

Dada en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de mayo de 2021.

FIRMA  _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: **ELBER RAMIRO AGUIRRE ORTIZ**
Representante Legal
GEAGOR S.A.S.

TRANSVERSAL 19 A No. 98 – 28 OFICINA 502 - BOGOTA D.C.
TEL: 703 17 26 – E-MAIL: gerencia@geagor.com

GEAGOR

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2001

Yo Clemente Alfredo Buitrago, actuando en nombre propio, identificado con cedula No. 19.483.980 de Bogotá, me permito que de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía se ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2001.

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria) y el Decreto 1828 de 2013 la compañía es exenta de los pagos parafiscales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Salud de sus Empleados.

Dada en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de mayo de 2021.

FIRMA 

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: **CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO AMARILLO**
CC No. 19.483.980 de Bogotá.

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



164900-T

SANDRA YASMIN
SOSA PEÑALOSA
C.C. 52372721
RESOLUCION INSCRIPCION 012 FECHA 16/02/2012
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS 176073

FIRMA DEL TITULAR 91788

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1 0 D 6 E F E 7 E C 4 2 0 C 9 8

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 **SANDRA YASMIN SOSA PEÑALOSA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52372721 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 164900-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *
* *

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Marzo de 2021 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

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
NIT 900264015	8	BALER INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BALER INGENIERIA S.A.S.	TV 19A No. 98-28 oficina 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-04	950676705	9418492577	E	2021/04/08	2021/04/09	BANCOLOMBIA	1	$1,936,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: BALER INGENIERIA S.A.S. (5 Afiliados)						$6,255,863	$1,001,100			$6,255,863	$250,500			$6,254,839	$250,400			$6,255,863	$152,700		$0	$0
Centro de Trabajo: OFICINA (5 Afiliados)						$6,255,863	$1,001,100			$6,255,863	$250,500			$6,254,839	$250,400			$6,255,863	$152,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$6,255,863	$1,001,100			$6,255,863	$250,500			$6,254,839	$250,400			$6,255,863	$152,700		$0	$0
1	CC	1022347445	AGUIRRE LADY	230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	$85,300	30	$0	$0
2	CC	16796104	GOMEZ CARLOS	230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
3	CC	52546199	GONZALEZ KETHERINE	230201	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
4	CC	1077035650	PARAMO CATERINE	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
5	CC	79448832	RAMIREZ HERNANDO	25-14	1	$30,285	$4,900	EPS008	1	$30,285	$1,300	CCF24	1	$29,261	$1,200	14-23	1	$30,285	$800	1	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: GRUPO 5 (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$36,400			$908,526	$36,400			$908,526	$63,300		$0	$0
Centro de Trabajo: GRUPO 5 (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$36,400			$908,526	$36,400			$908,526	$63,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$36,400			$908,526	$36,400			$908,526	$63,300		$0	$0
6	CC	79907265	MORA RAFAEL	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
Total Afiliados(6)						$7,164,389	$1,146,500			$7,164,389	$286,900			$7,163,365	$286,800			$7,164,389	$216,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900264015	8	BALER INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BALER INGENIERIA S.A.S.	TV 19A No. 98-28 oficina 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-04	950676705	9418492577	E	2021/04/08	2021/04/09	BANCOLOMBIA	1	$1,936,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$1,146,500	$0	$0	$1,146,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$150,300	$0	$0	$150,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$850,800	$0	$0	$850,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$216,000	$0	$0	$216,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$216,000	$0	$0	$216,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,800	$0	$0	$286,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$286,800	$0	$0	$286,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$286,900	$0	$0	$286,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$37,700	$0	$0	$37,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$36,400	$0	$0	$36,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$176,400	$0	$0	$176,400
TOTAL				**6**	**$1,936,200**	**$0**	**$0**	**$1,936,200**

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
NIT 900544313	1	GEAGOR S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GEAGOR S.A.S	Tv. 19A No. 98 - 28 Oficina 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-04	947921799	9418414231	E	2021/04/07	2021/04/07	BANCOLOMBIA	0	$1,811,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: GEAGOR S.A.S (4 Afiliados)					$6,225,578	$996,200			$6,225,578	$249,200			$6,225,578	$249,200			$6,225,578	$316,500		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO-RIESGO 1 (2 Afiliados)					$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$9,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$9,600		$0	$0
1	CC	52111944 ORTIZ LUZ	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$4,800	30	$0	$0
2	CC	52226524 RODRIGUEZ MARCELA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$4,800	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)					$4,408,526	$705,400			$4,408,526	$176,400			$4,408,526	$176,400			$4,408,526	$306,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$4,408,526	$705,400			$4,408,526	$176,400			$4,408,526	$176,400			$4,408,526	$306,900		$0	$0
3	CC	1077968979 AGUIRRE ELBER	230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0
4	CC	1069944234 CASAS LUIS	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$36,400	CCF24	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
Total Afiliados(4)					$6,225,578	$996,200			$6,225,578	$249,200			$6,225,578	$249,200			$6,225,578	$316,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900544313	1	GEAGOR S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GEAGOR S.A.S	Tv. 19A No. 98 - 28 Oficina 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-04	947921799	9418414231	E	2021/04/07	2021/04/07	BANCOLOMBIA	0	$1,811,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$996,200	$0	$0	$996,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$996,200	$0	$0	$996,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$316,500	$0	$0	$316,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$316,500	$0	$0	$316,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$249,200	$0	$0	$249,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$249,200	$0	$0	$249,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$249,200	$0	$0	$249,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$212,800	$0	$0	$212,800
TOTAL				**4**	**$1,811,100**	**$0**	**$0**	**$1,811,100**

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 1102813285		JAVIER ENRIQUE ANGULO MENDIVIL	INDEPENDIENTE	Principal	tv 19 a 98 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	963740455	9418119492	I	2021/04/22	2021/04/21	BANCOLOMBIA	0	$259,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$259,000**
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$259,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$259,000**
1	CC	1102813285 ANGULO JAVIER		X																230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$259,000
Total		**Afiliados(1)**																				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$259,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102813285		JAVIER ENRIQUE ANGULO MENDIVIL	INDEPENDIENTE	Principal	tv 19 a 98 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	963740455	9418119492	I	2021/04/22	2021/04/21	BANCOLOMBIA	0	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$259,000**	**$0**	**$0**	**$259,000**

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 1068389452		KAMMERER MIRANDA ESTEFANY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 2 E # 3 - 6	ASTREA-CESAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021 03	81 1 2	181 0	I	2021/0 /1	2021/03/30	BANCOLOMBIA	0	$2 0 300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1068389452	KAMMERER ESTEFANY	230301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0		
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$250,300	$0	$0	$250,300

2021/03/30 10:1 M

Banagrario

ASOPAGOS s.a. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2021-03
Período Salud : 2021-03

Se certifica que en la fecha 2021-03-30 la empresa LAURA VANESA ACOSTA LOPEZ con documento de identificación CC 1065824323 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante ACOSTA LOPEZ LAURA VANESA identificado con CC-1065824323, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1065824323	LAURA VANESA ACOSTA LOPEZ

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
85739265832	I	2021-03-30	0,00522

Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800229739	230201	PROTECCION (ING+PROTECCION)	30
EPS	900935126	ESSC62	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	30

PAGADO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1026262051-	SONIA EDITH ORDOÑEZ REYES	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	3	2021	4947375

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CRA 6 N 6-41 CENTRO	VILLETA	25875	CUNDINAMARCA	25	8446505		sonied119@hotmail.com	8621	0	1	2021/04/12	953534213

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	175.800	0		0		0	175.800	0	0	0	175.800	0		0	0	175.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	225.100	0	0	0	0	0	0	225.100	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	7.400		0	0	7.400
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	7.400		0	74	7.400

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	225.100	225.100
SALUD	175.800	175.800
RIESGOS LABORALES	7.400	7.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	408.300	408.300

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1026262051	ORDOÑEZ REYES SONIA EDITH	EPS005	25-14																				1.406.400	1.406.400	0	1.406.400	0			225.100	0	0	175.800	0

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

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 1068389452		KAMMERER MIRANDA ESTEFANY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 2 E # 3 - 6	ASTREA-CESAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021 03	81 1 2	181 0	I	2021/0 /1	2021/03/30	BANCOLOMBIA	0	$2 0 300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1068389452	KAMMERER ESTEFANY	230301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0		
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$250,300	$0	$0	$250,300

2021/03/30 10:1 M

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
NIT 901392836	1	CONSORCIO INTER CONEXIONES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 19 A 98 28 OFC 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	954870762	9418585663	Y	2021/04/13	2021/04/13	BANCOLOMBIA	0	$301,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1065824323	ACOSTA LAURA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0
2	CC	1102813285	ANGULO JAVIER		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0
3	CC	1068389452	KAMMERER ESTEFANY		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$63,300	0	$0	$0
4	CC	15705312	ORTIZ PEDRO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,600,000	$111,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(4)**					**$0**	**$0**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**			**$4,325,578**	**$301,300**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$301,300	$0	$0	$301,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$301,300	$0	$0	$301,300
TOTAL				**4**	**$301,300**	**$0**	**$0**	**$301,300**

2021/04/13 12:11 PM

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 15705312		PEDRO LUIS ORTIZ SOTO	INDEPENDIENTE	Principal	tv 19 a 98 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	907833788	9416859740	I	2021/03/03	2021/03/01	BANCO AGRARIO	0	$456,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						**$1,600,000**	**$256,000**			**$1,600,000**	**$200,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$456,000**
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						**$1,600,000**	**$256,000**			**$1,600,000**	**$200,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$456,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$1,600,000**	**$256,000**			**$1,600,000**	**$200,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**		**$456,000**
1	CC	15705312	ORTIZ PEDRO		X															231001	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$456,000
Total	**Afiliados(1)**																					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$456,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15705312		PEDRO LUIS ORTIZ SOTO	INDEPENDIENTE	Principal	tv 19 a 98 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7031726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	907833788	9416859740	I	2021/03/03	2021/03/01	BANCO AGRARIO	0	$456,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$256,000	$0	$0	$256,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$456,000**	**$0**	**$0**	**$456,000**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52438078-	NOHORA LILIANA RUBIO CARVAJAL	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	3	2021	4981151

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Av calle 80 no 62-84 unidad 4 apto 518	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6612788		LILISPU@GMAIL.COM	7490	920.000	1	2021/04/13	955118773

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	115.000	0		0		0	115.000	0	0	0	115.000	0		0	0	115.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	147.200	0	0	0	0	0	0	147.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF21	860013570-3	5.600	0	0	5.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	4.900		0	0	4.900
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	4.900		0	49	4.900

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	147.200	147.200
SALUD	115.000	115.000
RIESGOS LABORALES	4.900	4.900
CCF	5.600	5.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	272.700	272.700

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52438078	RUBIO CARVAJAL NOHORA LILIANA	EPS002	25-14	CCF21																			920.000	920.000	920.000	920.000	0			147.200	0	0	115.000	0

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764005310497

(415)7707212489984(8020) 001876400531049 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1				

11. Razón social
CONSORCIO INTER - CONEXIONES

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 3 2

24. Dirección
TV 19 A 98 28

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firmado
2020-10-06 / 02:24:24 PM
Fecha Acuse de Recibo

Firma del funcionario autorizado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia Subdirección de Gestión de Asistencia al Cliente
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres AGUIRRE ORTIZ LADY MERCEDES
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 1022347445 1004. DV 5
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización CONSORCIO INTER - CONEXIONES

997. Fecha formalización AAAA-MM-DD 2020-10-06/14:24:24

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764005310497

(415)7707212489984(8020) **001876400531049 7**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1				

11. Razón social
CONSORCIO INTER - CONEXIONES

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	CONSORCIO INTER - CONEXIONES TV 19 A 98 28	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FELE	1	50	12	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT: 860.035.827-5

CRA.13 No. 27 – 47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que CONSORCIO INTER CONEXIONES identificado con el documento No. 901.392.836 posee en la oficina VIAGGIO (064) una cuenta de ahorros No. 064056781 desde el 10 de Julio de 2020.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Julio de 2020

Atentamente,

OFICINA 064-VIAGGIO VISADO Banco AV Villas

Gerente Oficina Viaggio

F-06-403-1

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14735798886

(415)7707212489984(8020) 000001473579888 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
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
CONSORCIO INTER - CONEXIONES

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
TV 19 A 98 28

42. Correo electrónico gerencia@civingingenieria.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 0 3 1 7 2 6	

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
7 1 1 2	2 0 2 0 0 5 2 7					

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 7	1	4	4	8	5	2																			

07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 26 / 10 : 53: 31

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre AGUIRRE ORTIZ LADY MERCEDES
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14735798886

(415)7707212489984(8020) **000001473579888 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	3	69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 0 0 5 2 7	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro	2 0 2 0 0 5 2 7	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 2 0 0 5 2 7	
81. Hasta	2 0 2 1 1 0 2 7	

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14735798886

(415)7707212489984(8020) **000001473579888 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 5 2 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 2 2 3 4 7 4 4 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AGUIRRE	ORTIZ	LADY	MERCEDES

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 0 5 2 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 8 3 9 8 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BUITRAGO	AMARILLO	CLEMENTE	ALFREDO

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 0 5 2 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 7 7 9 6 8 9 7 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AGUIRRE	ORTIZ	ELBER	RAMIRO

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14735798886

(415)7707212489984(8020) **000001473579888 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 9 2 8 3 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	NIT 31	900544313	1	COLOMBIA 169					GEAGOR S A S		23	20200527	
2	NIT 31	900264015	8	COLOMBIA 169					BALER INGENIERIA S.A.S		20	20200527	
3	Cédula de Ciudada 13	19483980		COLOMBIA 169	BUITRAGO	AMARILLO	CLEMENTE	ALFREDO			34	20200527	
4	Cédula de Ciudadan 13	79505720		COLOMBIA 169	DUQUE	GUZMAN	EDINSON	SEGUNDO			23	20200527	
5													

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO