Barranquilla, 29 de Octubre 2021

CUENTA DE COBRO No. 03

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
NIT. 899.999.067-2

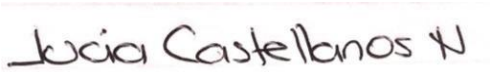
DEBE A:
LUCIA CASTELLANOS NAVARRO
C.C.1042994816

LA SUMA DE: SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($ 6’000.000**)**

Por concepto de honorarios mensuales pactados, en el desarrollo del contrato No.587 de 2021, cuyo objeto es: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FUNCION DE VIGILANCIA DE LA GESTION FISCAL A CARGO DE LA CONTRALORIA GENERAL DELA REPUBLICA ,PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS PUBLICOS DE REACTIVACION ECONOMICA” comprendido en el periodo del 28 de Septiembre al 27 de Octubre de mes de 2021.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco Agrario 4-161-00-04827-4 Número 4-161-00-04827-4 a nombre de: **Lucia Inés Castellanos Navarro**

Cordialmente,



**Nombre: Lucia ines Castellanos Navarro**
**C.C No. 1042994816**
**Celular: 3145493356**

**EL CONTRALOR DELEGADO INTERSECTORIAL DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO COORDINACIÓN GENERAL DE REGALÍAS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

**CERTIFICA**

En calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios profesionales No. 587 de 2021, que la señora LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO identificada con cédula de ciudadanía 1042994816, expedida en SABANALARGA ha cumplido a entera satisfacción con el objeto del contrato "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FUNCION DE VIGILANCIA DE LA GESTION FISCAL A CARGO DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA ,PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS PUBLICOS DE REACTIVACION ECONOMICA", durante el periodo comprendido entre el día 28 de Septiembre al 27 de Octubre de 2021.

Lo anterior, teniendo en cuenta el informe parcial de actividades presentado por el contratista.

Se anexa pago planilla del mes de Septiembre

Esta certificación se expidió el treinta (29) día del mes de Octubre de 2021

**JOSÉ FREDY ARIAS HERRERA**
**CONTRALOR DELEGADO INTERSECTORIAL DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO COORDINACIÓN GENERAL DE REGALÍAS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

**Vo.Bo. David Fernández – Contralor Delegado Intersectorial.**

# CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
# DECLARACION JURAMENTADA 2021

**Yo,** LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO **Contrato N°** 587 de 2021

| Identificado (a): | NIT: | ☐ | C.C: | ☑ | C.E: | ☐ | Número: | 1,042,994,816 | D.V. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Celular: 3145493356

Dirección: CALLE 15 N 18A 14 SABANALARGA-ATLANTICO

Correo Electrónico lucia.castellanos@contraloria.gov.co

**En mi calidad de:** Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2020** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** de pesos, *SI* ☑ *NO* ☐ soy **DECLARANTE DE RENTA**

## 1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

| | | |
|---|---|---|
| De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3º. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4º. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica. | *SI* ☑ | *NO* ☐ |
| Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes. | *SI* ☐ | *NO* ☑ |
| Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación | *SI* ☐ | *NO* ☑ |

Para tal efecto adjunto:

**PLANILLA N°** 53564576 **MES COTIZACION** Septiembre **FECHA DE PAGO** 27/09/2021

**ANEXAR SOPORTE DE PAGO**

### RESUMEN DE LA PLANILLA

| CONCEPTO | E.P.S: | A.F.P | A.R.L |
|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NUEVA EPS | PROTECCION | COLMENA |
| VALOR SIN INTERESES* | $ 300,000 | $ 384,000 | $ 12,600 |

| | | |
|---|---|---|
| **a)** Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato. | *SI* ☐ | *NO* ☑ |

## 2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

| | | |
|---|---|---|
| ***b)*** Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1. | *SI* ☑ | *NO* ☐ |
| ***c)*** Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** (pagados en el año inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito. | *SI* ☐ | *NO* ☑ |
| ***d)*** Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** (pagados vigencia inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. | *SI* ☐ | *NO* ☑ |

## 3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

| Concepto | NIT | Entidad Bancaria | No. De Cuenta | Valor |
|---|---|---|---|---|
| Pension voluntaria | | | | |
| AFC | | | | |

**SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD**

Se firma a los **29** días del mes de **Octubre** del año **2021**

Lucia Castellanos N

**Firma**

# ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2021

Nombres y Apellidos: **LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO** Contrato No. : **587 - 2021**

| Identificado (a): | NIT: | ☐ | CC: | ☑ | CE: | ☐ | Número: | 1042994816 | D.V. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.1 Adjunta Certificación | Si : | ☐ | No : | ☑ |
| 1.2 Crédito Compartido | Si : | ☐ | No : | ☑ |

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

## 2. Información por pagos de salud

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2.1 Certificación Adjunta | Si : | ☑ | No : | ☐ |

## 3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

**3.1.** Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑

**3.2.** Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

**3.3.** Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

**3.4.** El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

| Tipo de Doc. | No. De Identificación | Nombres y Apellidos | Edad | Parentesco |
|---|---|---|---|---|
| RC | 1043028127 | Nohelia Zuluaga Castellanos | 4 | Hijo |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

La anterior se firma el 29 del mes de Octubre del año 2021

Lucia Castellanos N

**Firma**

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.043.028.127

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54505529

54505529

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Numero [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 3 V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SABANALARGA - COLOMBIA - ATLANTICO - SABANALARGA.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ZULUAGA | CASTELLANOS |

Nombre

NOHELIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes FEB Día 15 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13975524-9 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS NAVARRO LUCIA INES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.042.994.816 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

ZULUAGA PARDO JOHN JAIRO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 11.810.887 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS NAVARRO LUCIA INES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.042.994.816 | Lucia Castellanos N |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2017 Mes FEB Día 20 | NICOLAS MOLINA DE LA HOZ - REGIST |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ESPACIO EN BLANCO

20 FEB 2017

OFIXPRESS SAS NIT. 900.158.026-1

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

Escaneado con CamScanner

| REGALÍAS | INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y/O ENTIDAD EJECUTORA | CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA |
|---|---|---|

| Dependencia: | UNIDAD DE SEGUIMIENTO Y AUDITORÍA | Pago No: | 3 | Total de pagos: | 5 | Fecha: | 29/10/2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre / Razón Social | LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO | | | | |
| Identificación | 1.042.994.816 | | | | |
| Correo | lucia.castellanos@contraloria.gov.co | Celular | 3145493356 | Extensión | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Contrato No | 587 de 2021 | | Período a pagar: | del 28 de Septiembre al 27 de Octubre 2021 |
| Fecha de suscripción: | 27 de Julio de 2021 | | Fecha de iniciación: | 28 de Julio de 2021 |
| Fecha de terminación: | 30 de Noviembre 2021 | | Plazo de Ejecución: | 30 de Noviembre 2021 |

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO**

| Honorarios | | Gastos de Desplazamiento* | |
|---|---|---|---|
| Valor Inicial: | $ 18.000.000 | Valor Inicial: | $ - |
| Adición No. | $ 6.000.000 | Adición No. | |
| Valor Total: | $ 24.000.000 | Valor Total: | $ - |
| Control de pagos realizados por Honorarios: | | Saldo Gastos de Desplazamiento*: | - |

| Pago y/o desembolso No. 1 | Pago y/o desembolso No. 2 | Pago y/o desembolso No. 3 | Pago y/o desembolso No. 4 | Pago y/o desembolso No. 5 | Pago y/o desembolso No. 6 | Pago y/o desembolso No. 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 6.000.000 | $ 6.000.000 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total pagado honorarios | **$ 12.000.000** | | |
| Total Pagado Despla.* | $ - | | |
| Saldo pendiente a pagar: | **$ 12.000.000** | Porcentaje de Ejecución: | 50,0% |

**VALOR AUTORIZADO A PAGAR:** **$ 6.000.000**

En letras: **SEIS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE**

**ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN**

| OBJETO: | "Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República, para el seguimiento de recursos públicos de reactivación económica. |
|---|---|

**INFORME DEL CONTRATISTA y/o ENTIDAD EJECUTORA**

| OBLIGACIONES Y/O COMPROMISOS | ACCIONES |
|---|---|
| 1. Acompañar a la CGR en las actividades requeridas para el desarrollo de las distintas modalidades de fiscalización y que se relacionen con el seguimiento a recursos destinados a la reactivación económica del país, en el proceso de vigilancia y control fiscal en cada una de sus fases, de acuerdo con los procedimientos establecidos en las guías de auditoria y manuales vigentes de la Entidad. | Revision de Manuales y Guias de Auditoria. |
| 2.Apoyar a la CGR, en el marco del control concomitante y preventivo realizando actividades de seguimiento a los recursos del Sistema General de Regalías. | Me asignaron cinco (4) proyectos, de la actuacion especial de fiscalizacion A.T.250 del II semestres del 2021, del departamento del Cesar, Proyectos con BPIN No. 2013000020092, del Municipio de Gamarra,BPIN No. 2019201780081,2018201780034 del Municipio de Chiriguana y los Proyectos con BPIN No.2018002200052 del Municipio de San Martin,para lo cual realize revision y validacion de documentos aportados para el desarrollo del papel de trabajo realizado. |
| 3.Participar con las dependencias de la CGR que correspondan, en la realización conjunta e inmediata de actividades de vigilancia y control fiscal, sobre las alertas levantadas por parte de la Unidad de Análisis de la Información para contribuir al cumplimiento de las competencias de la Entidad y a su articulación institucional. | aprobe y revise el cronograma de trabajo realizado para la AT 250, como mesas de trabajo realizadas. |
| 4.Brindar orientación, acompañamiento y apoyo para atender, tramitar y documentar las solicitudes ciudadanas y denuncias, teniendo en cuenta su formación profesional, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Dirección de Atención Ciudadana de la Entidad. | Se me asigno como auditora financiera a la A.T.250 del 2020,Donde adelante y revision de Documentos enviados por cada Municipio a auditar,adelantando revision financiera de los proyectos. |

| OBLIGACIONES Y/O COMPROMISOS | ACCIONES |
|---|---|
| 5.Contribuir en la elaboración y/o revisión de informes que le requiera la CGR, para hacer seguimiento a los recursos públicos, desde el punto de vista de su profesión. | El 28 de Septiembre asisti a reunion convocada por : Ruth Aponte (Componente Financiero) con el objetivo de revisar el avance del componente financiero de las auditorias. |
| 6.Atender los requerimientos que haga la CGR, para asistir a reuniones, en busca de apoyar las distintas actuaciones fiscales, desde el área de su profesión y donde estén involucrados recursos públicos. | Asisti a Reunion el dia 29 de Septiembre del 2021 convocada por el Doctor David Fernandez Jaramillo -Contralor Delegado Sectorial,Unidad de Seguimiento y Auditoría de Regalías,Contraloría General de la República, para coordinar lo concernientes al proyecto BPIN No. 2013000020092 Con Objeto: CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS DE INTERES PRIORITARIO EN LOS MUNICIPIOS DE SAN ALBERTO, AGUACHICA, CURUMANI, ASTREA, BECERRIL, SAN DIEGO GAMARRA EN EL DEPARTAMENTO CESAR que esta siendo auditado en el marco de la AT 250-2021 para el Departamento del Cesar. |
| 7.Mantener actualizados los Sistemas de Información y aplicativos misionales puestos a disposición por la CGR. | Consulte aplicativos como Gesproy, suifp y secop, para obtener informacion de los proyectos asignados en la A.T.250 del 2021. |
| 8.Asistir a las reuniones institucionales o interinstitucionales y/o mesas de trabajo, a las cuales sea convocado en relación con el objeto contractual | . Asisti a Reunion el dia 01 de Octubre del 2021 convocada por la Dra Ruth Aponte , para la revision de papeles financiero de la AT 250; Asisti a Reunion el dia 08 de Octubre del 2021 convocada por la Dr Luis Eduardo Delgado,con el fin de Sustentar por parte de cada auditor los avances del proceso auditor de los 10 proyectos que componen la AT 250 de 2021 desde todas sus aristas: técnica, financiera y jurídica, soportados en los correspondientes papeles de trabajo preliminares, de avance o definitivos, según corresponda. |
| 9.Brindar apoyo y acompañamiento a las visitas asignadas, en el marco de la vigilancia y control fiscal. | Asisti a Reunion el dia 27 de Octubre del 2021 convocada por la Diana Martinez , para la directrices y parametros para la elaboracion y estructuracion del documento de observaciones y revision de papel de trabajo. |
| 10.Las demás que determine el supervisor y que tengan como finalidad cumplir el objeto contractual. | Se me solicito hacer seguimiento y revision de papel de trabajo desarrollados. |

**FIRMA CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)*:**

Lucia Castellanos N.

LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO

**Observaciones del Supervisor a los trabajos ejecutados:**

**RECIBIDO A SATISFACCIÓN**

En calidad de supervisor del contrato y/o convenio anotado, manifiesto que el contratista y/o Entidad Ejecutora cumplió a satisfacción y dentro de los términos señalados en el contrato y/o convenio con todas las obligaciones y/o compromisos establecidos.
Igualmente certifico que el contratista y/o Entidad Ejecutora, dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social integral (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que regulen la materia), que cumplió con el pago de los aportes a seguridad social integral y parafiscales, así como los aportes propios al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar (cuando corresponda).
Por lo anterior autorizo el pago y/o desembolso señalado en el presente formato, que deberá ser consignado en la cuenta de AHORROS Número 256070429343 del Banco DAVIVIENDA.

**AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**Anexos:**

| | |
|---|---|
| Planilla Pago Seguridad Social (Persona Natural) | X |
| Certificación Pago Seguridad Social (Persona Jurídica) | X |
| Original Factura | |
| Entrada de Almacen | |
| Producto(s) | |

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSE FREDY ARIAS HERRERA**
**CONTRALOR DELEGADO INTESECTORIAL DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO GENERAL DE REGALIAS DE LA CGR**
**Vo.Bo. David Fernandez- Contralor D Intersectorial**

Nota: *Solo aplica para contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

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 | 1042994816 | LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO | Calle 15 N 18a 14 | 8780222 | luciacastellanosnavarro@outlook.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ATLÁNTICO | SABANALARGA | | 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 | |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 27/09/2021 | 53564576 | $696.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 300.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 300.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 384.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 384.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 12.600 | | | | 12.600 | 0 | 0 | 12.600 | | | 126 | 12.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 300.000 | 300.000 |
| Pensión | 1 | 384.000 | 384.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 12.600 | 12.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 696.600 | 696.600 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1042994816 | LUCIA INES CASTELLANOS NAVARRO | | Calle 15 N 18a 14 | 8780222 | luciacastellanosnavarro@outlook.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | ATLÁNTICO | SABANALARGA | 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 | |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 27/09/2021 | 53564576 | $696.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1042994816 | CASTELLANOS NAVARRO LUCIA INES | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.400.000 | 384.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 2.400.000 | 300.000 | 14-25 | 2.400.000 | 1 | 12.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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