DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN No. 2954296 DEL 2021	**PERIODO DEL INFORME** Desde (26/10/2021) Hasta (25/11/2021)

1. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora:	**DANE** ☐ **FONDANE** ■		
Contratista:	LINA PATRICIA ROMERO ANGULO		
Identificación (CC – NIT):	53082698		
Objeto:	**CONV_ENTIC_21_2021_HOGARES_LOG_TH_OT_MN_Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar recolección rural de información, mediante el método de captura móvil - DMC de la Encuesta TIC Hogares 2021.**		
Valor del Contrato*:	**$ 8.650.170**		
Plazo:	**2 MESES**		
Pago Número:		**1 DE 2**	**2 DE 2**
Valor del pago	**Honorarios:** **Manutención:** **Otros Transportes:** **Total:**	**$ 1.274.085** **$ 1.734.000** **$ 1.300.000** **$ 4.308.085**	
Porcentaje de ejecución física	**50 %**		
N° Registro Presupuestal y fecha	**173021 de 22/10/2021**		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	**25/10/2021**		
Modificaciones:	NINGUNA		
Fecha de Inicio:	**26/10/2021**	**Fecha de Terminación:**	**25/12/2021**
Dependencia:	**OPERATIVA**		
Lugar de Ejecución	**BOGOTA**		
Supervisor – Cargo:	**ANA JUDITH BELTRAN** **Profesional Universitario 2044-11**		

*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica.
**Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
1.Asistir al curso de reentrenamiento en caso de requerirse y dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	Asistí al curso de reentrenamiento en caso de requerirse y dominé los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	https://meet.google.com/xzr-wrqg-cad
2. Encuestar todos los hogares que encuentre, en las viviendas de los segmentos que le hayan sido asignadas.	Encuesté todos los hogares que encontré, en las viviendas de los segmentos asignados en los Municipios de Madrid: 2001, 2002, 2003. Facatativá: 2001, 2004,3001 y de Funza: 2004, para un total de 34 encuestas completas.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pTM34s-dtQW8NRdNCmxGxM2WyQIIjxBD/edit?usp=drive_web&ouid=105960781522305805276&rtpof=true
3. Realizar las revisitas necesarias a los hogares no efectivos buscando garantizar la cobertura esperada de acuerdo con la muestra asignada.	Realicé las revisitas necesarias a los hogares no efectivos buscando garantizar la cobertura	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN No. 2954296 DEL 2021	**PERIODO DEL INFORME** Desde (26/10/2021) Hasta (25/11/2021)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
	esperada de acuerdo con la muestra asignada.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
4. Adelantar las correcciones que el supervisor de campo le indique, incluyendo inconsistencias temáticas, encuestas incompletas, y regresar a campo cuantas veces sea requerido.	Adelanté las correcciones que el supervisor de campo indicó, incluyendo inconsistencias temáticas, encuestas incompletas, y regresé a campo cuantas veces fue requerido.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pTM34s-dtQW8NRdNCmxGxM2WyQIIjxBD/edit?usp=drive_web&ouid=105960781522305805276&rtpof=true
5. Informar al supervisor de campo los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	Informé al supervisor de campo los inconvenientes que se presentaron para la realización de mi trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
6. Asegurar la calidad y correcto diligenciamiento de los formularios de la encuesta en el Dispositivo Móvil de Captura - DMC.	Aseguré la calidad y correcto diligenciamiento de los formularios de la encuesta en el Dispositivo Móvil de Captura - DMC.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pTM34s-dtQW8NRdNCmxGxM2WyQIIjxBD/edit?usp=drive_web&ouid=105960781522305805276&rtpof=true
7. Realizar frecuentemente copia de seguridad de la información capturada en los Dispositivos Móviles de Captura - DMC.	Realicé frecuentemente copia de seguridad de la información capturada en los Dispositivos Móviles de Captura - DMC.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
8. Presentar como aporte al informe de contexto, un reporte por municipio en donde se evidencie lo visto en campo al momento de realizar la recolección de la información y entregarlo al supervisor de campo.	Presenté como aporte al informe de contexto, un reporte por municipio en donde se evidencie lo visto en campo al momento de realizar la recolección de la información y entregué al supervisor de campo	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
9. Presentar los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	Presenté los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pTM34s-dtQW8NRdNCmxGxM2WyQIIjxBD/edit?usp=drive_web&ouid=105960781522305805276&rtpof=true

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN No. 2954296 DEL 2021	**PERIODO DEL INFORME** Desde (26/10/2021) Hasta (25/11/2021)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
10. Comunicar con oportunidad al coordinador de campo las novedades cartográficas encontradas en campo.	Comuniqué con oportunidad al coordinador de campo las novedades cartográficas encontradas en campo.	PES-ENTIC-MDI-001-r-008 Novedades cartográficas logísticas
11. Apoyar la realización del recuento y sensibilización a las unidades de vivienda en los segmentos que se requiera, teniendo en cuenta las normas que se señalan sin omitir unidades, manzanas o áreas.	Apoyé la realización del recuento y sensibilización a las unidades de vivienda en los segmentos que se requirieron, teniendo en cuenta las normas que se señalan sin omitir unidades, manzanas o áreas de los municipios de: Madrid: 2001, 2002, 2003. Facatativá: 2001, 2004,3001 y de Funza: 2004, para un total de 34 encuestas completas.	PES-ENTIC-MDI-001-r-001_Listado de recuento de unidades estadísticas PES-ENTIC-MDI-001-r-002_Listado de unidades seleccionadas sensibilización
12. Apoyar el diligenciamiento de los formatos del proceso de sensibilización de acuerdo con las instrucciones de DANE Central.	Apoyé el diligenciamiento de los formatos del proceso de sensibilización de acuerdo con las instrucciones de DANE Central	PES-ENTIC-MDI-001-r-002_Listado de unidades seleccionadas sensibilización
13. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo.	Di buen manejo a los recursos financieros que me fueron asignados durante la ejecución del operativo	N/A
14. Asistir puntualmente a las reuniones o re inducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran	Asistí puntualmente a las reuniones o re inducciones operativas que se requirieron para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.	https://meet.google.com/xzr-wrqg-cad
15. Cumplir cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE - FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.	Cumplí cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE - FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
16. Hacer uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen en el marco de la emergencia sanitaria.	Hice uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen en el marco de la emergencia sanitaria.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.
17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el desarrollo del operativo se requieran. Supervisor del contrato.	Desarrollé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	Correo: katerinegomezcol@gmail.com.

* **Relaciones las actividades como se describen en el contrato.**

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN No. 2954296 DEL 2021	**PERIODO DEL INFORME** Desde (26/10/2021) Hasta (25/11/2021)

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
ITEM	**ENTIDAD**
SALUD	**FAMISANAR Planilla N°** 53963601 **de 30/09/2021**
PENSIÓN	**COLFONDOS Planilla N°** 53963601 **de 30/09/2021**
ARL	**SURA Planilla N°** 55131714 **de 31/10/2021**

4. DATOS DEL CONTRATO (Sólo para el último informe)	
Valor inicial	
Valor total (Incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	**SI ___ NO _X__ Entidad que la reconoció:** XXXXXX	
¿PERTENECE A ALGUN REGIMEN ESPECIAL?	**SI ___ NO___X__**	**¿CUAL?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV**)**	**SI ____ NO__X___**	

6. ESTADO ORFEO

Una vez revisado ORFEO a cargo del contratista, se identificó que SI__ NO_X_ se encuentran radicados pendientes a la fecha, para el período objeto del presente informe.

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia en el área.
Para el informe final se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente con la firma de la dependencia responsable de Orfeo.

7. ALMACEN (Sólo para el último informe)

Anexar Paz y Salvo Grupo Almacén e Inventarios SI__ NO_X_

8. OBSERVACIONES (Para ser diligenciado por supervisor, sí aplica)

NOTA: "TENIENDO EN CUENTA QUE A PARTIR DEL MES DE FEBRERO DE 2018 DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN EL DECRETO 1273 DE 2018, EL PAGO DE COTIZACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES SE EFECTÚA MES VENCIDO, DE ACUERDO CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS EN EL DECRETO 1990 DE 2016 QUE ELLO SIGNIFIQUE QUE CESA LA OBLIGACIÓN QUE TIENE EL CONTRATISTA CON LOS SISTEMAS DE SALUD, ARL, PENSIÓN, APORTES A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF Y SENA, CUANDO A ELLOS HAYA LUGAR, POR TANTO, EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, CORRESPONDIENTES AL ÚLTIMO PERÍODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA, ASÍ COMO LOS INTERESES MORATORIOS A QUE HUBIERE (ARTÍCULO 3.2.7.4 DECRETO 1273 DE 2018. OMISIÓN DEL DEBER DE RETENCIÓN Y GIRO DE LOS APORTES)"

PRODUCTO DE LAS SEMANAS 1 A 4 SUJETO A VERIFICACION DE ACUERDO A LOS RESULTADOS Y REPORTES ENVIADOS DESDE DANE CENTRAL QUE SE REALIZAN POSTERIOR A ESTE INFORME.

9. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN No. 2954296 DEL 2021	**PERIODO DEL INFORME** Desde (26/10/2021) Hasta (25/11/2021)

Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento, así como también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP.

Fecha de elaboración: **10/12/2021**

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron a los diez días (10) del mes de Diciembre del 2021

Lina Patricia Romero Angulo
Contratista

Vo. Bo. **ANA JUDITH BELTRAN**
Supervisora

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	53082698	LINA PATRICIA ROMERO ANGULO	CARRERA 102 # 86 A 46 INTERIOR 4 APTO 1	6753184	lrpaty421@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
54853604	23/11/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	N	03/12/2021	55131714	$800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	800				800	0	0	800			8	800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	800	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	800	800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53082698	LINA PATRICIA ROMERO ANGULO		CARRERA 102 # 86 A 46 INTERIOR 4 APTO 1	6753184	lrpaty421@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
54853604	23/11/2021	N	03/12/2021	55131714	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10				$800	

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	53082698	romero angulo lina patricia	59	0			N	R																231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-11	151.421	1	800	CCF22	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53082698	lina patricia romero angulo	CARRERA 102 # 86 A 46 INTERIOR 4 APTO 1	6753184	lrpaty421@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	23/11/2021	54853604	$277.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	18.200	0	0	18.200	1

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	277.200	277.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53082698	lina patricia romero angulo		CARRERA 102 # 86 A 46 INTERIOR 4 APTO 1	6753184	lrpaty421@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	23/11/2021	54853604	$277.200	

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	53082698	romero angulo lina patricia	3	0			N																	231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600		0		0	CCF22	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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