PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 4
FN.FT.01

DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	88.202.467
NOMBRE	ALVARO ECHEVERRY SALCEDO
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	Bogotá

FECHA DE RADICADO EN SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA TRÁMITE DE PAGO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	727 -2021	VIGENCIA	DESDE	26	OCTUBRE	2021
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.500.000,00		HASTA	15	DICIEMBRE	2021

MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
VALOR ADICIONADO			PRÓRROGA HASTA	DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO			FECHA CEDIDO	DÍA		AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO		
	HASTA	DÍA	MES	AÑO		
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 38.500.000,00		TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	6721	NÚMERO DE RP	98921
RUBRO	C-2302-0400-1-0-2302003-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	RÉGIMEN	RESPONABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	PRIMERO (1)			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 11.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 11.000.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	$ 11.000.000,00
SALDO POR PAGAR	$ 27.500.000,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 704.000,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 550.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	$ 22.968,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	$ 0,00

BASE GRAVABLE	$ 9.243.697,48
IVA	$ 1.756.302,52
TOTAL	$ 11.000.000,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	470100173199

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Articulo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al pais).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aqui establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: ALVARO ECHEVERRY SALCEDO

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
JOSÉ EBERT BONILLA OLAYA	SUBDIRECTOR	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago, el cual fue anexado con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

JOSE EBERT BONILLA OLAYA
Firmado digitalmente por JOSE EBERT BONILLA OLAYA
Fecha: 2021.12.23 23:12:40 -05'00'

FIRMA: JOSÉ EBERT BONILLA OLAYA

Si usted copia o imprime este documento la Agencia Nacional Digital lo considerará como no Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.

INFORME PRIMER PAGO CONTRATO 727-2021

Nombre: Álvaro Echeverry Salcedo
N° contrato: AND-727-2021
Fecha de inicio: 26/10/2021
Fecha de terminación: 15/12/2021
N° de pago y/o factura: Primer pago
Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales en el rol de apoyo administrativo, financiero y documental en el marco de los proyectos adelantados por la Subdirección de Desarrollo.

De conformidad con lo estipulado en el Contrato, en el numeral 2.7 PRIMER PAGO:
Se realizará un (1) pago proporcional hasta por valor de **ONCE MILLONES DE PESOS M/CTE (**$11.000.000**)** contra entrega y aprobación de los siguientes entregables por parte del supervisor del contrato:

 Documento word con la arquitectura de software versión 1 aprobada por el cliente

Se anexan los entregables que se relacionan a continuación:

1. Entregable 6. Documento de Arquitectura de Software V.1
2. Acta de recibo a Satisfacción Entregable 6. Documento de Arquitectura de Software V.1

Evidencias en:

Estampilla Electrónica - Entregable E6. Documento de Arquitectura de Software V.1.pdf - Todos los documentos (sharepoint.com)

Estampilla Electrónica - ActaReciboSatisfacci+-ªn Entregable 6. Documento de Arquitectura de Software.pdf - Todos los documentos (sharepoint.com)

Cordialmente,



FIRMA: **ÁLVARO ECHEVERRY SALCEDO**

Solicitud aprobación informe primer pago - Alvaro Echeverry - proyecto Estampilla Electrónica

From: José Ebert Bonilla Olaya <jose.bonilla@and.gov.co>
Sent: sábado, 13 de noviembre de 2021 7:42 a. m.
To: Carlos Rogelio Arjona Reyes <carlos.arjona@and.gov.co>
Cc: Álvaro Echeverry Salcedo <alvaro.echeverry@and.gov.co>
Subject: RE: Solicitud aprobación informe primer pago - Alvaro Echeverry - proyecto Estampilla Electrónica

Respetado Carlos:

Teniendo en cuenta que usted reviso y verifico el informe presentado por el señor Álvaro Echeverry y que en dicho informe están las evidencias del cumplimiento de las responsabilidades comprendidas en el contrato, tanto en tiempo como en calidad de los entregables; razón por la cual usted le da el Vo. Bo.; se procede a efectuar la aprobación y solicitar se continúe el trámite correspondiente.

Sin otro particular por el momento, me suscribo.

Reciba un cordial saludo

Agencia NACIONAL DIGITAL

JOSÉ EBERT BONILLA OLAYA
SUBDIRECTOR DE DESARROLLO
jose.bonilla@and.gov.co (+1) 3002541467
Edificio Murillo Toro. Cra.8ª entre calles 12 y 13, pisos 1 y 2.
Bogotá D.C , Colombia - Código Postal 111711

www.and.gov.co - www.agencianacionaldigital.gov.co Agencia Nacional Digital @ANDigital_Col

Solicitud aprobación informe primer pago - Alvaro Echeverry - proyecto Estampilla Electrónica

De: Carlos Rogelio Arjona Reyes <carlos.arjona@and.gov.co>
Enviado el: viernes, 12 de noviembre de 2021 3:36 p.m.
Para: José Ebert Bonilla Olaya <jose.bonilla@and.gov.co>
CC: Álvaro Echeverry Salcedo <alvaro.echeverry@and.gov.co>
Asunto: Solicitud aprobación informe primer pago - Alvaro Echeverry - proyecto Estampilla Electrónica

Buena tarde Ing. Bonilla.

Anexo para su aprobación el informe de actividades correspondientes al primer pago de Alvaro Echeverry, quien realiza el rol de Líder Técnico para el proyecto Estampilla Electrónica , el cual tiene mi visto bueno.

Cordial saludo,

Agencia NACIONAL DIGITAL

CARLOS ARJONA REYES
GERENTE DE PROYECTO AND
CONTRATISTA
carlos.arjona@and.gov.co (+57) 3118094015
Edificio Murillo Toro. Cra.8ª entre calles 12 y 13, pisos 1 y 2,
Bogotá D.C , Colombia - Código Postal 111711

www.and.gov.co - www.agencianacionaldigital.gov.co *Agencia Nacional Digital* *@ANDigital_Col*

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información **confidencial** de la Corporación Agencia Nacional de Gobierno Digital, NIT 901.144.049-7 y está dirigido exclusivamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, enviar, comprar, interceptar, divulgar, modificar, emplear, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido. De hacerlo podría incurrir en delito y en las penas tipificadas en la Ley 1273 de 2009 y demás normatividad aplicable. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a admin@and.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener confidencialidad sobre el contenido, los datos y/o información de contacto del remitente y destinatarios, y en general sobre la información de este mensaje y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización escrita explícita de la Corporación Agencia Nacional de Gobierno Digital.

LEGAL NOTICE: This e-mail contains confidential information property of Corporación Agencia Nacional de Gobierno Digital, NIT 901.144.049-7. If you are not the intended recipient, we inform you that you may not compile, subtract, offer, sell, exchange, send, buy, intercept, disclose, modify, employ, retain, print, copy, distribute or make public its content. In doing so you could incur in criminal offense and the penalties typified in Law 1273 of 2009 and other applicable regulations. If you have received this e-mail in error, please inform us at admin@and.gov.co and delete it. If you are the intended recipient, we ask you to maintain confidentiality about the content, the data and/or contact information of the sender and recipients, and in general about the information of this message or attached file(s), unless there is an explicit and written authorization of the Corporación Agencia Nacional de Gobierno Digital.

Activar Windows

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO CERTIFICACIÓN PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO
Versión: 1
FN.FT.03

Bogotá D.C., 17/11/2021

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

REF: CERTIFICACION PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo Álvaro Echeverry Salcedo, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 88202467, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, SI ( ) NO (X) **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

_____

Firma
C.C. 88202467

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04

Bogotá D.C., **17 / 11 / 2021**

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

Yo Álvaro Echeverry Salcedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía 88202467, Empleado ( ) Contratista (X), de la SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO, con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento(1)
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento.(1)
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento.(1)
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Registro civil de nacimiento(1)
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco.(1)
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Documento que demuestre el parentesco.(1)
x	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco.(1)

	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco.(1)

(1) Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

(2) Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Número de anexos (relacionar cantidad y los documentos anexados)

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.



_____

Firma
C.C. 88202467

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014886657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53346097

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 [redacted] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ECHEVERRY	TORRES

Nombre(s)

SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ABR Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO- ESTRAJUICIO	12639950-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES CHAVARRO JEIMY ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1014213581 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ECHEVERRY SALCEDO ALVARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 88202467 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ECHEVERRY SALCEDO ALVARO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 88202467 DE CUCUTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

CHAVARRO VEGA ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 39537218 DE BOGOTA	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

SALCEDO JACQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 37231583 DE CUCUTA	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2014 Mes JUN Día 07	EUGENIO GIL GIL Nombre y firma
Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
ECHEVERRY SALCEDO ALVARO Firma	EUGENIO GIL GIL Nombre y firma

NOTARIA 52 BOGOTA D.C. EUGENIO GIL GIL

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 83 F 233

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR (FABRICA DE) FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL 430 2110

k

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA CINCUENTA Y DOS DE BOGOTÁ D.C.

Esta fotocopia reproduce al Folio original que reposa en nuestro archivo. Se expide bajo recibo del interesado (a) para demostrar parentesco conforme al ART. 115 del Decreto 1260 de 1970. Tiene validez permanente (ART. 21 Parágrafo, Ley 962 de 2005).

BOGOTA D.C.; 13 JUN. 2014

LUIS EMIRO SA[illegible]OTORA
NOTARIO E[illegible]ARGADO

Se expide a solicitud del interesado con destino a:
Interesado

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14723843568

(415)7707212489984(8020) 000001472384356 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 8 2 0 2 4 6 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 8 2 0 2 4 6 7	1 9 9 1 0 3 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ECHEVERRY	SALCEDO	ALVARO	

35. Razón social

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
CL 24 B 71 A 53 AP 502 TO 4 CON GRAN RESERVA DE TOSCANA

42. Correo electrónico alvaroes@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 2 0 1	2 0 0 4 0 5 1 1	6 2 0 2	2 0 1 1 0 5 0 1	6 2 0 9	7 0 2 0	2 1 3 1	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 18 / 15 : 07: 57

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 ECHEVERRY SALCEDO ALVARO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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	88202467	ALVARO ECHEVERRY SALCEDO	Cr 13 49 41 apto 402	3183125263	alvaroes@yahoo.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	I	20/10/2021	54085061	$1.351.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	562.500	0		0		0	0	0	0	562.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	720.000	0	0	22.500	22.500	0	0		765.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	23.500				23.500	0	0	23.500			235	23.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	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	562.500	562.500
Pensión	1	765.000	765.000
Riesgos Laborales	1	23.500	23.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.351.000	1.351.000

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	88202467	ALVARO ECHEVERRY SALCEDO		Cr 13 49 41 apto 402	3183125263	alvaroes@yahoo.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	
2021-09	2021-09	I	20/10/2021	54085061	$1.351.000	

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	88202467	ECHEVERRY SALCEDO ALVARO	59	0			N																	230301	4.500.000	720.000	0	0	22.500	22.500	EPS044	4.500.000	562.500	14-23	4.500.000	1	23.500		0	0	0	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	88202467	ALVARO ECHEVERRY SALCEDO	Cr 13 49 41 apto 402	3183125263	alvaroes@yahoo.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	25/10/2021	54147742	$1.351.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	562.500	0		0		0	0	0	0	562.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	720.000	0	0	22.500	22.500	0	0		765.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	23.500				23.500	0	0	23.500			235	23.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	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	562.500	562.500
Pensión	1	765.000	765.000
Riesgos Laborales	1	23.500	23.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.351.000	1.351.000

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	88202467	ALVARO ECHEVERRY SALCEDO		Cr 13 49 41 apto 402	3183125263	alvaroes@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	25/10/2021	54147742	$1.351.000	

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	Estudiante	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	88202467	ECHEVERRY SALCEDO ALVARO	59	0			N																	230301	4.500.000	720.000	0	0	22.500	22.500	EPS044	4.500.000	562.500	14-23	4.500.000	1	23.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Espacio para
Logo Corporativo

ALVARO ECHEVERRY SALCEDO
NIT 88.202.467
CL 24 No 71a 53 apto 4-502
Tel: (031) 3192211786
Bogotá - Colombia
alvaroes@yahoo.com

Factura electrónica de venta
No. FE-39

Señores	CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL		
NIT	901.144.049-7	**Teléfono**	(031) 4399555
Dirección	EDIFICIO MURILLO TORO CARRERA 8 ENTRE CALLES 12 Y 13	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/11/2021, 06:30
Expedición	22/11/2021, 06:30
Vencimiento	22/11/2021

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Líder técnico proyecto desmaterialización de Estampilla Electrónica - ANCP	1.00	11,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Once millones de pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 11,000,000.00

Total Bruto	9,243,697.00
IVA 19%	1,756,303.00
Total a Pagar	**11,000,000.00**

Observaciones:
#$23-12-00;AND-727-2021;jose.ruiz@and.gov.co#$
Informe Septiembre

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764018261661 aprobado en 20210918 prefijo FEdesde el número 35 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 6201 Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas) Tarifa 6.99
CUFE: 990ac0954f6a9c6efecac647816e9f0c55e29dded1e192fb95e11514a01f531e348131f9b1e0eb576b3ce9a1ba43f6cd

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8