CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

DIANA GONZALEZ GARCIA, actuando en mi calidad de supervisor(a) del Contrato de Prestación de Servicios **N ° 221-2022** suscrito por LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE CATASTRO DISTRITAL con el (la) contratista **NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS**, cuyo objeto es "Prestación de servicios profesionales en actividades relacionadas con temas valuatorios de los predios a cargo de la UAECD, para el proceso de gestión catastral.", certifico que de acuerdo con las obligaciones pactadas, el citado ha hecho entrega de la totalidad de los productos del contrato del periodo comprendido entre el **2022-03-01 al 2022-03-31**, por lo tanto se solicita a la SAF hacer el pago correspondiente al contratista

Así mismo certifico que el contratista se encuentra al día con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con la normatividad que rige la materia, tal y como se acredita en los soportes de liquidación de planilla y pago que se anexan con el informe para realizar el **PAGO NÚMERO 1 de 9** del contrato, los cuales han sido verificados con el operador que liquida la planilla para pagos al Sistema.

Con la suscripción de esta certificación también se advierte al contratista que su obligación es efectuar los aportes exigidos por la disposición de ley y es de su respectivo resorte el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral, el cual se debe efectuar mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes inmediatamente anterior; hecho que se da por conocido por el contratista con el recibo de la presente.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los **19** día(s) del mes de **JULIO** de **2022.**

DIANA GONZALEZ GARCIA

Supervisor(a)

UAECD Catastro Bogotá

GESTIÓN FINANCIERA

INFORME PARA PAGO (PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA)

FECHA DEL INFORME	2022-07-19			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA				
PERIODO DEL INFORME	2022-03-01	2022-03-31	**No. DEL CONTRATO**	221 - 2022
SUSPENSIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		**CC**	1026266824
ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU)	8299			
NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTAS CEDENTES (Diligencie este item, en caso de cesión de contrato)				
INFORMACIÓN BANCARIA DEL CONTRATISTA A QUIEN SE LE VA A GIRAR				
BANCO	BANCOLOMBIA S A	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No. CUENTA** 66737244742
INFORMACIÓN DEL CONTRATO				
OBJETO	Prestación de servicios profesionales en actividades relacionadas con temas valuatorios de los predios a cargo de la UAECD, para el proceso de gestión catastral.			
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	9 meses y 0 dias calendario	**FECHA DE INICIO**	2022-02-01	**FECHA FIN** 2022-10-31
ADICIONES Y PRÓRROGAS				
NÚMERO DE PAGOS PACTADOS	9	**PAGO No.**	1 **de** 9	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

INICIAL	FONDO	CRP	PROGRAMA DE FINANCIACIÓN	CONVENIO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VR. A PAGAR POR ESTE RUBRO PRESUPUESTAL	SALDO POR PAGAR
50.486.994,00	1-100-F001 - VA-Recursos distrito	240	O2301160553000 0007840	NA	0,00	50.486.994,00	2.243.864,00	48.243.130,00
50.486.994,00		**Total:**			**0,00**	**50.486.994,00**	**2.243.864,00**	**48.243.130,00**

VALOR INICIAL CONTRATO	50.486.994,00		
VALOR ADICIONES Y PRÓRROGAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (Incluidas adiciones)	50.486.994,00		
VALOR PAGO A EFECTUAR	2.243.864,00	**VALOR EN LETRAS**	DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS / MCTE
PAGOS EFECTUADOS A LA FECHA	0,00		
SALDO PENDIENTE DE PAGO	48.243.130,00		
VALOR A LIBERAR	0,00		

ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA DURANTE EL PERÍODO DEL INFORME

Apoyar en el análisis de la solicitud (estudio previo) de los trámites de revisiones de avalúo, autoavalúo y recursos de reposición, según asignación efectuada, verificando el cumplimiento de la normatividad vigente en el marco del proyecto Fortalecimiento de la gestión catastral con enfoque multipropósito en Bogotá D.C.

Se realizó el análisis de los diferentes radicados presentados, revisando el cumplimiento de la normatividad para cada radicado según la información física y jurídica de cada pedio.

Realizar el análisis de la solicitud (Estudio Técnico) de los trámites de revisiones de avalúo, autoavalúo y recursos de reposición, revisando la documentación aportada por el usuario, adelantando el análisis de la norma urbanística, la información física, jurídica y las mutaciones del predio registradas en el SIIC, generando las solicitudes internas o externas de aclaraciones y/o conceptos técnicos, cuando se requiera.

Se realizó análisis a las solicitudes asignadas como estudio previo para la elaboración de los diferentes radicados, se determinó que algunas solicitudes realizadas por los usuarios requieren solicitud de norma y visitas técnicas.

Cumplir con el número de trámites mínimos de manera mensual o proporcional con la debida calidad y oportunidad a la cantidad estipulada en la siguiente tabla: (ver tabla obligación 3 estudios previos). Las partes pactan que los honorarios a pagar mensualmente deberán ser equivalentes al mínimo asignado. De presentarse un valor inferior a lo anteriormente pactado, las partes acuerdan que la diferencia no podrá ser superior al 10% de este. Cuando se presente una diferencia durante dos meses seguidos, se considerará que el contratista se encuentra ante un posible incumplimiento contractual, lo que dará inicio a las gestiones correspondientes. Así mismo, se acuerda que se podrá generar un mayor valor al mínimo asignado, cuya verificación y aprobación estará a cargo de la supervisión, producto de mayores asignaciones y/o complejidad de los productos asignados.

Se realizó la entrega de los informes que proceden para meta de marzo, se requirió visita en uno de los predios por lo tanto está en estudio técnico.
Realizar la visita técnica al predio, cuando del análisis realizado se infiera que se deba verificar y/o capturar y/o actualizar la información.
Se realizó la visita técnica necesaria para aclarar las áreas construidas, usos, estado y conservación del predio que requirió esta diligencia.
Realizar la investigación económica suficiente y consistente, que permita confirmar o modificar los valores asignados al predio, según la vigencia correspondiente, para la presentación y sustentación técnica de las propuestas de valor para los tramites asignados, ante el comité técnico de avalúos y los controles de calidad.
Se cumple con la actividad mencionada aplicando la normatividad vigente aplicable a cada predio utilizando los diferentes métodos para realizar la investigación económica
Elaborar los informes técnicos, autos de prueba, resoluciones de valores, solicitudes de conceptos a otras entidades y demás documentos requeridos para adelantar la atención del trámite a cargo de la Subgerencia de Información Económica, dentro de la oportunidad definida.
Se realizan las actividades y trámites requeridos para la elaboración de los informes.
Realizar las correcciones, aclaraciones o complementaciones solicitadas por los profesionales de control de calidad, comité de avalúos y supervisor del contrato, máximo al día hábil siguiente a la solicitud.
Se atienden las correcciones realizadas por el control de calidad y supervisor.
Participar en las reuniones y mesas de trabajo convocadas y cumplir con las actividades acordadas en dichos espacios.
Se participa en las reuniones de capacitación realizadas durante el mes de febrero y las reuniones del mes de marzo de capacitaciones y comités de avaluó.
Cargar la información técnica necesaria en las herramientas y aplicativos definidos por la UAECD.
Se cumple con la obligación
Guardar la debida confidencialidad e integridad de la información suministrada y generada con ocasión del contrato.
Se cumple con la obligación
Las demás asignadas por el supervisor y relacionadas con el objeto del contrato,
Se cumple con la obligación

PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO DEL PRESENTE INFORME

ACTIVIDADES	$ VALOR UNITARIO	ACTIVIDADES POR DIAS	OBSERVACIONES	$ VALOR TOTAL
INFORME TÉCNICO DE AVALÚO CATASTRAL, POR RADICACIÓN (COMPLEJIDAD BAJA) - 2 por día	*140.241,00*	0,00		*0*
INFORME TÉCNICO DE AVALÚO CATASTRAL, POR RADICACIÓN (COMPLEJIDAD NORMAL) - 1 por día	*280.483,00*	2,00		*0*
INFORME TÉCNICO DE AVALÚO CATASTRAL, POR RADICACIÓN (COMPLEJIDAD MEDIA) - 0,5 por día	*560.966,00*	3,00		*0*
INFORME TÉCNICO DE AVALÚO CATASTRAL, POR RADICACIÓN (COMPLEJIDAD ALTA) - 0,4 por día	*801.380,00*	0,00		*0*
INFORME TÉCNICO DE AVALÚO CATASTRAL MASIVO, POR RADICACIÓN (MASIVA) - 20 por día	*14.024,00*	0,00		*0*
TOTAL				**0**

DECLARACIÓN JURAMENTADA

	SI / NO	OBSERVACIONES
¿De acuerdo con el Artículo 383. Parágrafo 2 del Estatuto Tributario, para la prestación del servicio o actividad he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos?	NO	
¿Pertenece usted al nuevo Régimen Simple de tributación responsabilidad en el RUT (47)?	NO	
¿Es usted responsable de Impuesto sobre Ventas (IVA)?	NO	
¿Es responsable de declaración de renta año inmediatamente anterior?	SI	
¿Es usted una Entidad Estatal o tiene régimen de tributacion especial?	NO	
¿Actualmente tiene suscrito otros contratos con el Distrito o la Nación?	NO	
¿Es usted Facturador Electrónico?	NO	
¿Tiene dependientes a su cargo? (Decreto 1070 de 2013 Art. 387 E.T.) (solo se tomará encuenta si se anexan soportes mencionados en la tabla Disminución Retención Art 387 E.T.)	NO	

¿Realizó pagos por intereses de vivienda en el año 2021? (solo se tomará en cuenta si se anexan los soportes mencionados en la tabla Disminución Retención - Art 387 E.T.)	NO	
¿Realizó pagos de Medicina Prepagada o Plan Complementario en el año 2021? (solo se tomará en cuenta si se anexan los soportes mencionados en la tabla Disminución Retención - Art 387 E.T.)	NO	
¿Efectúa pagos en una cuenta AFC? De ser así en observaciones indique el valor mensual pagado anexando certificación bancaria de la cuenta AFC	NO	
¿Efectúa pagos de Pensiones Voluntarias? De ser así en observaciones indique el valor mensual (Anear copia del pago correspondiente)	NO	
¿Tiene alguna sanción o embargo?	NO	
¿El pago de la ARL es asumido por la UAECD?	NO	
¿Es usted pensionado?	NO	

Yo NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS, en mi calidad de contratista de la UAECD certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de Salud, Pensión y ARL, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención y que estos aportes **NO** sirvieron para la disminución de la base de Retención en la Fuente de Renta o del impuesto de Industria y Comercio en otro cobro, por lo tanto **SI** pueden ser tomados para tal fin por la UAECD.

El número o referencias de la planilla por el aporte del mes de **febrero** es: **60157437**, por un período menor a 30 días (**SI**). Con una cantidad de **30** días cotizados. El valor del IBC para dicho aporte corresponde a: **1.000.000,00**. (Anexo copia(s) de la(s) planilla(s)).

RIESGO	TIPO	PORCENTAJE	VALOR APORTE Y/O ENDOSO
Riesgo 3	Aportes Pensión	16,000	160.000,00
Riesgo 3	Aportes Salud	12,500	125.100,00
Riesgo 3	Aportes ARL	2,436	24.400,00
Total			309.400,00

LOS PRODUCTOS QUE SE CERTIFICAN Y EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES HAN SIDO VERIFICADOS POR:

VERIFICADOS POR	NOMBRE COMPLETO	CÓDIGO DE SEGURIDAD
CONTRATISTA	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	
APOYO FINANCIERO	DIANA PATRICIA PINEDA GUZMAN	
SUPERVISOR	DIANA GONZALEZ GARCIA	

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@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	
2022-04	2022-04	I	07/07/2022	60158633	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@HOTMAIL.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	
2022-04	2022-04	I	07/07/2022	60158633	$309.400	

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	Exonerado	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	1026266824	BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@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	
2022-02	2022-02	I	07/07/2022	60157437	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@HOTMAIL.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	
2022-02	2022-02	I	07/07/2022	60157437	$309.400	

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	1026266824	BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@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	
2022-06	2022-06	I	07/07/2022	60147223	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@HOTMAIL.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	
2022-06	2022-06	I	07/07/2022	60147223	$309.400	

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	1026266824	BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	57	0			N	X	X															230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@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	
2022-03	2022-03	I	07/07/2022	60157626	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@HOTMAIL.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	
2022-03	2022-03	I	07/07/2022	60157626	$309.400	

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	1026266824	BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS	CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-05	2022-05	I	07/07/2022	60158732	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1026266824	NATALIA ANDREA BUITRAGO HUERTAS		CLL 2 BIS 17 24	3004986770	N.BUITRAGO.H@HOTMAIL.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	
2022-05	2022-05	I	07/07/2022	60158732	$309.400	

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	Exonerado	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	1026266824	BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medic Global Profesional IPS

Nit. 900.835.330-4
Licencia de Salud Ocupacional No 8807
Cel. 3174637477 Tel. 6954649
Calle 161 No16- 33
administracion@medicglobalips.com.co
Bogotá-Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.848

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	12 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA	FEMENINO	31 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1026266824 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR.	ALTERNAR POSTURA SEDENTE Y BIPEDESTACION DURANTE JORNADA LABORAL.	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTULAR, PAUSAS ACTIVAS. PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19
		HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR DORSOLUMBAR Y ABDOMINAL.
		CAPACITACIÓN EN RIESGOS LABORALES.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: PABON RIVERA SAYDA

R. M.: 52691474 **L.S.O.:** 25-1243/16

Código de Seguridad
G594M1S14848

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BUITRAGO HUERTAS NATALIA ANDREA

CC: 1026266824

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | UAECD Catastro Bogotá

CONSTANCIA PARA ENTREGA DE BIENES Y/O ELEMENTOS ASIGNADOS Y DOCUMENTOS

Yo, Natalia Andrea Buitrago Huertas, con cédula de ciudadanía N° 1026266824, expedida en Bogotá, hago entrega de los bienes, elementos y documentos de mi responsabilidad, con el objeto de formalizar mi retiro de la Entidad.

Dependencia	Subgerencia de información económica

TIPO DE VINCULACIÓN (marque con una X según corresponda y complete la información solicitada)

Carrera administrativa		Provisional		Libre nombramiento y remoción	
Temporal		Supernumerario		En comisión de servicios	
Contratista	x	N° contrato 221 año 2022			
Servicios tercerizados		Nombre proveedor _____			

BIEN, ELEMENTO O DOCUMENTO	VERIFICACIÓN
Entrega de elementos devolutivos asignados, según relación expedida en el comprobante de traslado. N° N/A (Anexo comprobante)	N.A
Entrega de llave de puesto de trabajo	N.A
Entrega de tarjeta de parqueadero (si aplica)	N.A
Deshabilitar sistema de acceso biométrico según la fecha de resolución de disolución definitiva o temporal.	Día / Mes / Año: / /
Entrega de carné institucional	SI
Tarjeta de Acceso Ascensores	SI
Deshabilitación de línea telefónica (si aplica) Nº Cordis de solicitud deshabilitación	N.A
Entrega de Documentos físicos y/o elementos no contralados por la SAF al jefe inmediato o supervisor de contrato.	N.A

Firma del jefe inmediato o supervisor de contrato

Firma del (la) Servidor(a) y/o contratista

NOTA. Si es un servidor público el jefe inmediato remitirá el formato diligenciado mediante memorando a la Subgerencia de Administración Financiera, para que repose en la respectiva carpeta de entrega de bienes. Para el caso que sea un contratista el Supervisor del contrato lo remitirá a la Oficina Asesora Jurídica para que sea archivado en la carpeta del contrato.
La verificación de entrega de Documentos físicos y/o elementos no controlados se debe realizar por el jefe inmediato o supervisor de contrato.



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1026266824

Número de planilla*
60157437

Valor Planilla*
309400

Periodo de pago salud*

Mes*
Febrero

Año*
2022

Fecha de pago de la planilla*
07/07/2022

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Febrero - 2022
Pension	Porvenir	Febrero - 2022
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Febrero - 2022

Redes de Pago

A Toda Hora

Fechas de Pago

Hoy **23 Agosto** 2022 pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Línea Nacional: 01 8000 96 7070

Enlaces de interés

- Contáctenos
- Opiniones y Sugerencias
- Atención personalizada
- Trabaja con nosotros
- Mapa del sitio

Otros enlaces

- Ministerio de Salud
- Protección de datos personales
- Superintendencia Financiera
- Mi seguridad social
- Seguridad de la información

Otros servicios aliados

- Compensar
- Comfenalco Valle
- Agencia de Empleo y emprendimiento
- Compensar EPS
- Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet. Comfenalco Valle delagente Un producto compensar Certicámara. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

2019 miplanilla.com



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1026266824

Número de planilla*
60157626

Valor Planilla*
309400

Periodo de pago salud*

Mes*
Marzo

Año*
2022

Fecha de pago de la planilla*
07/07/2022

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2022
Pension	Porvenir	Marzo - 2022
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Marzo - 2022

Redes de Pago

ATH A Toda Hora

Fechas de Pago

Hoy **23 Agosto** 2022 pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Línea Nacional: 01 8000 96 7070

Enlaces de interés

- Contáctenos
- Opiniones y Sugerencias
- Atención personalizada
- Trabaja con nosotros
- Mapa del sitio

Otros enlaces

- Ministerio de Salud
- Protección de datos personales
- Superintendencia Financiera
- Mi seguridad social
- Seguridad de la información

Otros servicios aliados

- Compensar
- Comfenalco Valle
- Agencia de Empleo y emprendimiento
- Compensar EPS
- Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet. Comfenalco Valle delagente Un producto compensar Certicámara. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

2019 miplanilla.com



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1026266824

Número de planilla*
60158633

Valor Planilla*
309400

Periodo de pago salud*

Mes*
Abril

Año*
2022

Fecha de pago de la planilla*
07/07/2022

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2022
Pension	Porvenir	Abril - 2022
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Abril - 2022

Redes de Pago

A Toda Hora

Fechas de Pago

Hoy **23 Agosto** 2022 pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Ayuda Preguntas Contacto

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Línea Nacional: 01 8000 96 7070

Enlaces de interés

- Contáctenos
- Opiniones y Sugerencias
- Atención personalizada
- Trabaja con nosotros
- Mapa del sitio

Otros enlaces

- Ministerio de Salud
- Protección de datos personales
- Superintendencia Financiera
- Mi seguridad social
- Seguridad de la información

Otros servicios aliados

- Compensar
- Comfenalco Valle
- Agencia de Empleo y emprendimiento
- Compensar EPS
- Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet. Comfenalco Valle delagente Un producto compensar Certicámara. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

2019 miplanilla.com



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1026266824

Número de planilla*
60158732

Valor Planilla*
309400

Periodo de pago salud*

Mes*
Mayo

Año*
2022

Fecha de pago de la planilla*
07/07/2022

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Mayo - 2022
Pension	Porvenir	Mayo - 2022
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Mayo - 2022

Redes de Pago

A Toda Hora

Fechas de Pago

Hoy **23 Agosto** 2022 pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Línea Nacional: 01 8000 96 7070

Enlaces de interés

- Contáctenos
- Opiniones y Sugerencias
- Atención personalizada
- Trabaja con nosotros
- Mapa del sitio

Otros enlaces

- Ministerio de Salud
- Protección de datos personales
- Superintendencia Financiera
- Mi seguridad social
- Seguridad de la información

Otros servicios aliados

- Compensar
- Comfenalco Valle
- Agencia de Empleo y emprendimiento
- Compensar EPS
- Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet. Comfenalco Valle delagente Un producto compensar Certicámara. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

2019 miplanilla.com



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1026266824

Número de planilla*
60147223

Valor Planilla*
309400

Periodo de pago salud*

Mes*
Junio

Año*
2022

Fecha de pago de la planilla*
07/07/2022

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Junio - 2022
Pension	Porvenir	Junio - 2022
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Junio - 2022

Redes de Pago

A Toda Hora

Fechas de Pago

Hoy **23 Agosto** 2022 pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Línea Nacional: 01 8000 96 7070

Enlaces de interés

- Contáctenos
- Opiniones y Sugerencias
- Atención personalizada
- Trabaja con nosotros
- Mapa del sitio

Otros enlaces

- Ministerio de Salud
- Protección de datos personales
- Superintendencia Financiera
- Mi seguridad social
- Seguridad de la información

Otros servicios aliados

- Compensar
- Comfenalco Valle
- Agencia de Empleo y emprendimiento
- Compensar EPS
- Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet. Comfenalco Valle delagente Un producto compensar Certicámara. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

2019 miplanilla.com