INSOR Instituto Nacional para Sordos	**PROCESO GESTION FINANCIERA**	**CÓDIGO: FOGF27**
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	**VERSIÓN: 02**
		FECHA: 25/08/2021

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	9	**Total de pagos**	12
				Pago Final	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ		**Fecha de presentación(dd-mm-año)**		1/11/2022
Nombres ó Razón Social:	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	80.904.513 de Bogotá
Teléfono	80.904.513 de Bogotá		**Correo electrónico**		jorge.martinez.castiblanco@gallaudet.edu

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	104-2022	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Octubre		
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar			
Fecha del contrato	27/1/2022	**Fecha de acta de inicio:**	1/2/2022	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**	31/12/2022	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades		**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

Prestar servicios profesionales para apoyar el desarrollo de procesos de cualificación de agentes educativos para la implementación de la oferta bilingüe y bicultural en el marco de las trayectorias educativas completas, con énfasis en la gestión lingüística y comunitaria.

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Proporcionar aportes para el diseño de una estrategia de cualificación de miembros de las comunidades educativas de instituciones educativas focalizadas a partir de la articulación de las gestiones lingüística y comunitaria dentro de sus propuestas pedagógicas.	1.1 Realicé el aporte de idea para las propuestas de actividades de septimo a undecimo bachillerato, para preliminar las asesorias con las instituciones.	1.1 PROPUESTA ACTIVIDADES GRUPO 7 A 11 (1)	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
2. Soportar las acciones requeridas para la aplicación y seguimiento de la estrategia de cualificación de actores diseñada, en las instituciones educativas focalizadas con énfasis en el desarrollo lingüístico y comunitario en articulación con la propuesta pedagógica.	2.1 Participé y socialicé en dos reuniones de asesoría sobre el diligencamiento del instrumento con los profesionales del grupo TECCA, y los agentes educativos de I.E. Normal Superior de la Ciudad de Popayan.	2.1 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria IE Normal superior de Popayan	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
3. Apoyar el desarrollo de acciones de asesoría y asistencia técnica programadas por el INSOR, para la comprensión o consolidación de propuestas de educación bilingüe bicultural en las trayectorias educativas completas	3.1 Reuní con todos los profesionales del grupo TECCA y con la presencia de los profesionales de Escuela Normal Superior de Bucaramanga, con el fin de exponer las tematicas elaboradas por nuestro grupo, y realicé mi exposición en dos temas abordadas: El Enfoque Dual y La Inderdependencia.	3.1 Evidencia_Reunión con ENS Bucaramanga	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	3.2 Asistí y participé en dos reuniones de educación superior por medio presencial, con los profesionales del grupo TECCA, y con los agentes de Unigermana, con el fin de orientar los conocimientos de las bases de la educación superior para la población sorda.	3.2.1 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria de asistencia técnica AT Unigermana.pdf 3.2.2 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria reunión AT presencial Unigermana.pdf	Se realiza la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 2 documentos que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	3.3 Asistí y participé en dos reuniones de educación superior por medio virtual, con los profesionales del grupo TECCA, y con los agentes de Uniamericana, con el fin de orientar los conocimientos de las bases de la educación superior para la población sorda.	3.3 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria de reunión AT-UniAmericana.pdf	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
4. Acompañar los procesos de los procesos de cualificación interna del equipo de trabajo de la subdirección.	4.1 Participé en una reunión con los profesionales del grupo TECCA, con el fin de conoce el resultado de la cualificación en el IE Niño Jesús de Praga, de la ciudad Ibague.	4.1 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria de reunión TECCA.2.pdf	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	4.2 Participé en una reunión con los profesionales del grupo TECCA, con el fin de conocer el avance de los compromiso cumplidoy aocrdado del mes octubre, y acordar los compromiso para el mes entrante.	4.2 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - Memoria de reunión TECCA.pdf	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	4.3 Participé en una reunión con los tres profesionales del grupo TECCA, Ines Parra, Diana Chamorro, y Carlos Zambrano, con el fin de proponer y decidir las propuestas, como unas preparatorias actividades de evaluación territorio.	4.3 INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS Mail - MEMORIA OCTUBRE 5 REUNIÓN PREPARATORIA ACTIVIDADES.pdf	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	4.4 Participé en una reunión con los profesionales del grupo TECCA, con el fin de desarrollar las tematicas de la Socialización de actividades de evaluación para las asistencias técnicas presenciales.	4.4 Reunión TECCA Octubre 6.pdf	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.

1/11/22, 12:22 Sticker web
Destino: OAPyS - GRUPO DE RELACIÓN CON EL CIUDADANO
INSOR
No. 20222500005952
Fecha Radicado: 01-NOV-2022 12:22 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

	4.5 Elaboré dos presentaciones en power point en dos tematicas: El Enfoque Dual y La Inderdependencia, con el fin de exponer ante los agentes de Escuela Normal Superior de Bucaramanga.	4.5.1 Enfoque Dual-Para ENS Bucaramanga 4.5.2 Presentacion_Interdependencia	Se realiza la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 2 documentos que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
	4.5 Elaboré y aporte las ideas en la presentación preliminar en power point: "Orientaciones generales para las trayectorias educativas completas desde la EBBS", para presentarle en el taller con la Universidad de Cauca.	4.6 PPT_Uni_Cauca.pptx	Se realiza la revisión de la evidencia con relación a la actividad mencionada según la obligación contractual y se evidencia que adjuntó 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
5. Aportar insumos requeridos para la estructuración de documentos de trabajo de la Subdirección de Gestión Educativa que contribuyan al mejoramiento de la calidad educativa a cargo del INSOR.	Durante este periodo no se desarrollaron acciones		Se verifica que no hubo acciones durante el mes con relación a dicha obligación.
Firma del Contratista:			**Firma del Supervisor:**

DECLARACIÓN JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. _61975988_, corresponde al pago del mes de SEPTIEMBRE, del contrato de prestación de servicios No. 104 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _104_, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas jurídicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a titulo de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad ☐ Si ☑ No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ☐ Si ☑ No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ Si ☑ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3, Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro. ○ Si ◉ No Tarifa Adicional_____.

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO

Correo personal: jorge.martinez.castiblanco@gallaudet.edu

C.C: 80.904.513 de Bogotá

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 3.900.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.900.000

Valor inicial contrato	$ 42.900.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 42.900.000
Total Ejecutado	$ 35.100.000
Saldo	$ 7.800.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	82%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	82%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 3.900.000	$ 3.900.000	$ 3.900.000	$ 3.900.000	$ 3.900.000	$ 3.900.000
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
$ 3.900.000	$ 3.900.000				
Pago No. 13	Pago No. 14	Pago No. 15	Pago No. 16	Pago No. 17	Pago No. 18

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES						
CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL						
IBC 40% VALOR PAGO	**TARIFA DE RIESGOS LABORALES**	**SALUD**	**PENSIÓN**	**ARL**	**FSP**	**TOTAL**
$ 1.560.000,00	III	$ 195.000,00	$ 249.600,00	$ 38.001,60	N/A	$ 482.601,60
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 197.800,00	$ 253.200,00	$ 38.800	N/A	$ 489.800
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		EPS Sura	Colpensiones	Riesgos Prof. Colmena	N/A	
PERIODO DE PAGO	Septiembre	SI CUMPLE	SI CUMPLE	SI CUMPLE	N/A	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI_X___

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI_X____

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X___

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de:

VALOR CON IVA INCLUIDO	$ 3.900.000,00
VALOR EN LETRAS	Tres millones novecientos mil pesos. M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: DIANA MARIA CHAMORRO MEDINA

CARGO: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

C.C: 52.734.492 de Bogotá **Correo electrónico:** Diana.Chamorro@insor.gov.co

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	80904513	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO	CARRERA 18 B 6 A 10 PISO 2	3246446038	andres.marcast85@gmail.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	
2022-09	2022-09	I	20/10/2022	61975988	$459.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	195.000	0		0		0	15	2.800	0	197.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.600	0	0	0	0	15	3.600	0	253.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	8.200				8.200	15	200	8.400			82	8.400	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	195.000	197.800
Pensión	1	249.600	253.200
Riesgos Laborales	1	8.200	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.800	459.400

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	80904513	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO	CARRERA 18 B 6 A 10 PISO 2	3246446038	andres.marcast85@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-09	2022-09	I	20/10/2022	61975988	$459.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
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
-	80904513	MARTINEZ CASTIBLANCO JORGE ANDRES	59	0			N																	25-14	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS010	1.560.000	195.000	14-25	1.560.000	1	8.200		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	80904513	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO	CARRERA 18 B 6 A 10 PISO 2	3246446038	andres.marcast85@gmail.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
61975988	20/10/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	N	21/10/2022	62711251	$30.400	

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					

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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	29.900				29.900	16	500	30.400			299	30.400	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	29.900	30.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	29.900	30.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80904513	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO	CARRERA 18 B 6 A 10 PISO 2	3246446038	andres.marcast85@gmail.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
61975988	20/10/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	N	21/10/2022	62711251	$30.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
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
	80904513	MARTINEZ CASTIBLANCO JORGE ANDRES	59	0			N																	25-14	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS010	1.560.000	195.000	14-25	1.560.000	3	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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