SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DISTRITAL BAJO EL ESTANDAR MIPG

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

Certificado de supervisión o Interventoría

Código: PA03-PR09-F02 | Versión: 2.0

I. INFORMACION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Fecha de expedición DD	MM	AAAA	Supervisor			RADICACION	
			Nombre:	PAOLA ADRIANA CORONA MIRANDA	No. de Celular.	Fecha	
30	1	2023	Cargo:	Directora de Talento Humano	3114769297	Consecutivo	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre o Razón Social del Contratista: SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA

N° C C / NIT: 1.031.421.892

Dirección: CALLE 12 A # 71 C - 60 INT 4 APTO 516

No. Celular: 3154758804

REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RUT o RIT

Código de la Actividad: 6201

Correo electrónico: hermeinsaavedra@gmail.com

Régimen Tributario: No responsable de IVA

Declarante de Renta: Si

Rentas de Trabajo: Si

Rentas de Capital: No

Rentas no Laborales: NO

Regimen Simple: Si

CONTRATO Tipo: Contrato Clase: Servicios

Fecha: 2022/09/07 No.: 2022-1734 Fecha de inicio: 2022/09/22 Plazo de Ejecución: Meses 6 Dias

Son declarantes de Renta en el año 2020, Quienes recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS $47.978.000 y patrimonio superior a 4,500 UVTS $154.215.000 en el año 2019.
Son Rentas de Trabajo los ingresos que se reciben por concepto de honorarios y servicios personales siempre y cuando no contraten o vinculen 2 o más trabajadores asociados a la actividad (Art.335 E.T)

Son Rentas de Capital los ingresos obtebidos por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual. (Art. 338 E.T)

Son Rentas no laborales los ingresos que se reciben por conceptos diferentes a las anteriores.(Art.340 E.T)

OBJETO CONTRACTUAL:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS EN LÍNEA PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES Y DE INTEGRIDAD QUE REQUIERA LA SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD.

FORMA Y CONDICION DE PAGO

El valor del contrato será cancelado por la Secretaría Distrital de Movilidad en MENSUALIDADES por los servicios efectivamente prestados.

El (los) pago(s) se efectuarán previa presentación de los documentos señalados por el Supervisor del contrato, información que se suministrará con la suscripción del acta de inicio.

Para efectos de los desembolsos de los que trata la presente cláusula, el contratista deberá acreditar el pago de los aportes parafiscales y su afiliación obligatoria y pago actualizado al sistema de seguridad social, salud y pensiones, conforme al artículo 182 de la Ley 100 de 1993, la Ley 789 de 2002, el Decreto 1703 de agosto 2 de 2002, las Leyes 797 y 828 de 2003 y el Decreto 510 de 2003, so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en la misma.

Los pagos serán cancelados al contratista dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación de las facturas, informes y recibos de pago de aportes parafiscales y demás documentos requeridos por el supervisor.

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde	DD	MM	AAAA	Hasta	DD	MM	AAAA
	23	11	2022		22	01	2023

PARA CONTRATISTA PERSONA NATURAL

VR. CONTRATO MENSUAL: $ 0 DIAS TRABAJADOS: 60

VALOR DEL PAGO: $ 0 Pensionado:

VALOR IVA: No Paga Pensión:

Base Ingreso Cotización: $ 0 $ 0

Aportes Seguridad Social

Salud 12,5%	$ 0	Entidad	
Pensión 16%	$ 0	Entidad	
Fondo Solidaridad *	$ 0	Entidad	
ARL*	$ 0	0,522% Entidad	
AFC* o PV	$ 0	Entidad	
		No. Cuenta AFC o PV	

No. Autorización o Planilla:

Nota * El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización esentre 4 -16 SMMLV (1%) - *ARL = en la casilla se debe elegir el riesgo (riesgo 1 tarifa 0,522%, riesgo 2 tarifa 1,044%, riesgo 3 tarifa 2,436%, riesgo 4 tarifa 4,350%, riesgo 5 tarifa 6,960%) al que se encuentra afiliado y el formato le arrojara automaticamente el valor aportado *AFC = Fondo de Ahorro Vivienda y Construcción

En mi calidad de Contratista Declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada es correcta, verdadera y se relaciona con el proposito de acogerme a lo establecido en el Artículo 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 que hace referencia a la disminución de la base gravable de trabajadores independientes; estos aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato arriba relacionado en la información contractual y período certificado.

IV. CERTIFICACION

El suscrito Supervisor / Interventor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el periodo certificado, conforme a las condiciones de pago, así como, se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad, contra los recibos originales. para proveedores la certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal o contador de la empresa, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y Decreto 1703/02. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: (valor en números y letras)

$ 3.989.000 TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS 00/100 M.L.

Tipo de pago: Número total de pagos: Número de pago actual:

V. ESTADO PRESUPUESTAL

1. Valor total contrato	$ 11.967.000	SALDO AMORTIZACION	No. Disponibilidad Presupuestal	820	fecha	2022/07/19
2 Adición	$ 0	Garantías	No. Disponibilidad Presupuestal Adicion		fecha	
3. Valor cancelado	$ 3.989.000		No. Registro Presupuestal	907	fecha	2022/09/09
4. Valor a cancelar	$ 3.989.000	Anticipo	No. Registro Presupuestal Adicion		fecha	
5 SALDO =(1+2-3-4)	$ 3.989.000		Código cuenta presupuestal	O230116055600000007568		

VI. TRANSFERENCIA ELECTRONICA

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	No. Cuenta	Si es cuenta extranjera, indicar:
5 - Scotiabank Colombia S.A. - Sigla: "Scotiabank"	Ahorros	4742014018	Código SWIFT:

VII. OBSERVACIONES

Nota: En caso que exista Cesión del contrato, favor indicar en este campo CC y Nombre del cedente.

Firma del Contratista — C C / NIT 1.031.421.892

Firma supervisor — C C / NIT 53118725

Firma Supervisor o Interventor — C.C. / NIT

RECEPCION DE DOCUMENTOS CONTABILIDAD

REVISADO CUENTA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DISTRITAL BAJO EL ESTÁNDAR MIPG
PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

Informe de actividades del contratista

Código: PA03-PR09-F03 | **Versión: 1.0**

I. INFORMACION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Fecha de expedición			Supervisor o Interventor	No. Celular
DD	MM	AA	Nombre: PAOLA ADRIANA CORONA MIRANDA	3114769297
30	1	2023	Cargo: Directora de Talento Humano	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	No. C.C. / NIT
SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	1031421892

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO [X] CONVENIO [ ] No. 2022-1734

OBJETO CONTRACTUAL:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS EN LÍNEA PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES Y DE INTEGRIDAD QUE REQUIERA LA SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD.

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde	DD	MM	AA	Hasta	DD	MM	AA
	23	11	2022		22	01	2023

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO

OBLIGACIONES PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	PRODUCTOS PRESENTADOS (en caso que aplique, se debe informar el lugar donde reposan las evidencias de las actividades, bienes y/o servicios entregados).
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS EN LÍNEA PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES Y DE INTEGRIDAD QUE REQUIERA LA SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD.	Se creo el acceso personalizado en diseño y específico para el acceso de los participantes de las pruebas de movilidad en https://movilidad.innovarmer.com/ (Diciembre de 2022)	
	Se modificaron fechas de aplicación de pruebas, agregar un nuevo intento y se restableció la contraseña a 43 usuarios, para acceder a través del enlace https://movilidad.innovarmer.com/	
	Se envió 1 informe individual detallado en los que se expone el puntaje desagregado por cada una de sus competencias.	
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS EN LÍNEA PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES Y DE INTEGRIDAD QUE REQUIERA LA SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD.	Se creo el acceso personalizado en diseño y específico para el acceso de los participantes de las pruebas de movilidad en https://movilidad.innovarmer.com/ (Enero de 2023)	

¿En el marco del contrato a pagar contempla la adquisición de bienes para dar cumplimiento al objeto del contrato, tales como bienes de señalización, semaforización, maquinaria y equipo, equipos de comunicación y computación, equipos de transporte, entre otros? Si su respuesta es SÍ, deberá adjuntar el comprobante de ingreso de almacén. No se tramitará ninguna cuenta sin dicho soporte.

Firma del Contratista	Firma supervisor	Firma Supervisor o Interventor
C.C. / NIT 1.031.421.892	C.C. / NIT 53118725	C.C. / NIT

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 42e5f0401c43976a89e5445341f406b53c409be67e53519dfe21e366c67c84dec7880ff4e60a4d8e5b2989db367dfbb3

Número de Factura: FE-11
Fecha de Emisión: 30/01/2023
Fecha de Vencimiento: 01/03/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Débito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID
Nombre Comercial: SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID
Nit del Emisor: 1031421892
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6209

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 12 B 71 D 31 IN 7 AP 604
Teléfono / Móvil: 4638587
Correo: hermeinsaavedra@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: Secretaria Distrital de Movilidad
Nombre Comercial: Secretaria Distrital de Movilidad
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999061
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 13 No. 37 - 35
Teléfono / Móvil: 3649400
Correo: mgomezs@movilidadbogota.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	Pago CTTO 2022 1734	NIU	2,00	$ 1.994.500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.989.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-01-30 10:04:50
Documento generado el: 2023-01-30 10:04:49
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			3.989.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			3.989.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			3.989.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	3.989.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764039418011 Rango desde: 8 Rango hasta: 10000 Vigencia: 2023-05-10

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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3212007334	hermeinsaavedra@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	21/12/2022	63913358	$587.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	253.200	0		0		0	0	0	0	253.200	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	324.100	0	0	0	0	0	0		324.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.600				10.600	0	0	10.600			106	10.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	253.200	253.200
Pensión	1	324.100	324.100
Riesgos Laborales	1	10.600	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	587.900	587.900

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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA		CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3212007334	hermeinsaavedra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	**I –** Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2022-11	2022-11	I	21/12/2022	63913358	$587.900	

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	1031421892	SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID	57	0			N																	25-14	2.025.425	324.100	0	0	0	0	EPS005	2.025.425	253.200	14-11	2.025.425	1	10.600		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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3212007334	hermeinsaavedra@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	
2022-12	2022-12	I	22/12/2022	64249660	$596.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	256.700	0		0		0	0	0	0	256.700	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	328.500	0	0	0	0	0	0		328.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.800				10.800	0	0	10.800			108	10.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	256.700	256.700
Pensión	1	328.500	328.500
Riesgos Laborales	1	10.800	10.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	596.000	596.000

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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3212007334	hermeinsaavedra@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	
2022-12	2022-12	I	22/12/2022	64249660	$596.000	

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	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	1031421892	SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID	57	0			N																	25-14	2.052.967	328.500	0	0	0	0	EPS005	2.052.967	256.700	14-11	2.052.967	1	10.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA

ACTUANDO A NOMBRE PROPIO

Identificado con

NIT 1.031.421.892-3

CERTIFICO:

1. Que, de acuerdo con la documentación e información suministrada, he cumplido con las obligaciones respecto al pago de los aportes a los sistemas de seguridad social en salud, aportes a pensiones, riesgos profesionales, correspondiente al periodo de septiembre. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 que modificó el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes de enero de dos mil veintitrés (2023).



SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA

Representante legal

Persona Natural

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.421.892**

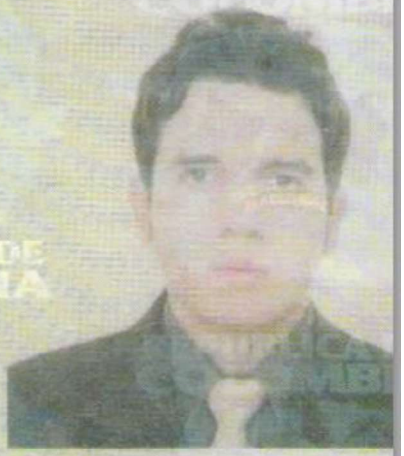
SAAVEDRA SIERRA

APELLIDOS

SERGIO DAVID

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1990**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

02-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00133136-M-1031421892-20081203 0007451191A 1 28635821