Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

Ciudad y Fecha: Yopal, 10/04/2023	Número y fecha del Contrato: No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03
CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 06/03/2023 A: 05/04/2023 Informe No. 2 de 4	
UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE	

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: **NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE** No. de Identificación: **1019006510** DV- **2**

Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☐ Régimen especial ☐ No declarante ☐ Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☒

Fecha de actualización RUT: 01/02/2023

Objeto del Contrato: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Nombre del Proyecto de Inversión:	Código BPIN:
Plazo de Ejecución: (4) cuatro Meses.	Meses Ejecutados: dos (2) Meses
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 06/02/2023	Fecha de Terminación: 05/06/2023
ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 05/04/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 50.%, contra una programada de 100%.del Total	

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:	$ 0

El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera:

TRES (3) mensualidades vencidas a razón de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240) cada una, previa presentación del informe de actividades mensual aprobado por el supervisor, acreditar los pagos al sistema de seguridad social, de conformidad con las normas que rigen la materia, y un (1) pago final por un valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240), una vez presentado el informe final de actividades desarrolladas, aprobado por el supervisor, presentación del paz y salvo de cumplimiento y acreditar los pagos al sistema de seguridad social de conformidad con las normas que rigen la materia.

Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: AHORROS
	No. 29988912563
	BANCOLOMBIA

VoBo.

B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
Contrato Inicial	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230011	02/02/2023	$ 17.592.960
	Registro Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230008	03/02/2023	$ 17.592.960
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días): # Meses y # días.	Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa		Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

Concepto		Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Reiniciación			dd-mm-aaaa	**N.A.**
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS (Agregue las filas y columnas que requiera)

	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	23003728	NC	NC
	Fecha	10/02/2023		
	Valor	$ 175.900		
Contrato Adicional	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	$	$	$

VoBo.

4. **PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.** (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5%	66861822	$ 1.760.000	$ 220.000	$ 221.400	Marzo 2023	Sanitas
PENSIÓN	16%	66861822 66983123	$ 1.760.000	$ 281.500 $ 100	$283.300 $ 200	Marzo 2023	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	I	66861822	$ 9.300	Positiva			

5. **INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA):**

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$ 4.398.240	100%

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presentan, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
R/L del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare -FGRDC-
Ordenanza No. 017 del 25 de noviembre de 2020

SUPERVISOR

ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
Director Técnico de Gestión de Riesgos y Desastres del Departamento de Casanare
Decreto Nº 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03
Clausula de Supervisión No. 13

Revisó:
Helen Mysnel Velásquez Riaño
Profesional Contratada- FGRDC

VoBo. _____

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
NO RESPONSABLES DE IVA

Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T, Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 10 de abril de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023
Numero Interno 010 de 2023-02-03

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

No. de Identificación Tributaria- NIT1.019.006.510 DV -2

Objeto Contractual: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CALLE 30 No. 28 – 46 Yopal Casanare
Celular:	6355230
Duración Del Contrato:	CUATRO (04) MESES
Acta De Inicio:	06 de febrero de 2023
Periodo de Cobro:	06 de marzo de 2023 al 05 de abril de 2023
Número de periodo:	2 de 4
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare:	$ 0

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

Nota: Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA PARA NO SUJETOS PASIVOS DEL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS

Yopal, 10 días del mes de abril de 2023

Señores:
FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
Nit. 901.252.840-1
Yopal, Casanare.

REF: NO SUJETO PASIVO DE AVISOS Y TABLEROS. ART 37 y 39 DEL ACUERDO MUNICIPAL No. 032 DE 2020

Marque con una X, la opción que aplique.

[X] **PERSONA NATURAL**

Yo, Nelson Andrés Santoyo Sastoque, identificado con C.C. No. 1.019.006.510, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

[ ] **PERSONA JURÍDICA**

Yo,_____identificado (a) con C.C. No._____, en calidad derepresentante legal de la empresa_____identificado (a) con Nit No. _____, manifiesto que esta entidad **NO** es sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros enconsideración a lo señalado en el **Artículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

Firma

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510
CEL. 350 6328282
Contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03

Yopal, 10 de abril del 2023

Señores:
FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
Contabilidad
Yopal

REF. Certificado de deducciones

Yo, **Nelson Andrés Santoyo Sastoque** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **1.019.006.510**, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE:**

- Mis ingresos percibidos por **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE** en el año 2023, corresponden a la prestación de servicios por honorarios, en el que contraté o vinculé por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad. **SÍ** ☐ **NO** ☒

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 06/03/2023 y el 05/04/2023, en los pagos que me realice el **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE** de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2022 (Hasta 100 UVT mensuales-$4.241.200). Art 387 ET-DR 4713/05	$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 678.592). Art 387 ET	$ 0

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales ($1.357.184) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.656.267	THOMAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	12
1.013.274.651	MATHIAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	10

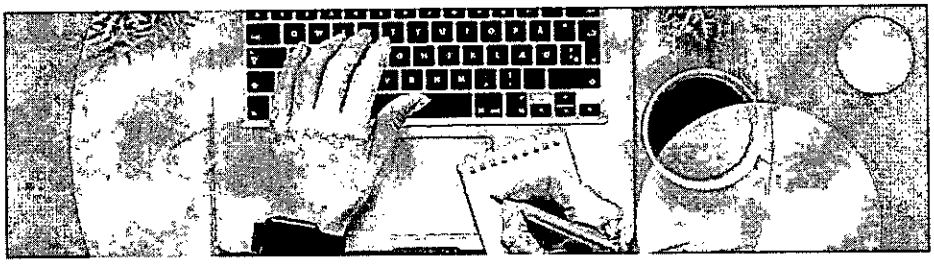
Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales ($13.444.604).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	
Aportes en cuentas AFC	

Y finalmente, informo que los servicios del contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03, fueron ejecutados en el municipio de Yopal, me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510



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*

1019006510

Número de planilla*

66861822

Valor Planilla*

514000

Periodo de pago salud*

Mes*

Marzo

Año*

2023

Fecha de pago de la planilla*

04/10/2023

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2023
Pension	Porvenir	Marzo - 2023
Salud	Sanitas EPS	Marzo - 2023

Verificada

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
66861822	10/04/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	N	11/04/2023	66983123	$200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

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	100	0	0	0	0	6	100	0	200	1

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

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

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	1	100	200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	100	200

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
66861822	10/04/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	N	11/04/2023	66983123	$200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INC	COR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS005	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	1	9.200		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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66861822	$514.000	

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	220.000	0		0		0	5	1.400	0	221.400	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	281.500	0	0	0	0	5	1.800	0	283.300	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	9.200				9.200	5	100	9.300			92	9.300	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	220.000	221.400
Pensión	1	281.500	283.300
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.700	514.000

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE		CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66861822	$514.000

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	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	1.759.250	281.500	0	0	0	0	EPS005	1.759.250	220.000	14-23	1.759.250	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

430.10.300

PAZ Y SALVO DE CUMPLIMIENTO
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FGRDC

Fecha Radicado: 10 Abril 2023	
Contrato No. 007 de 2023. NI 010 2023	
Contratista: Nelson Andres Santoyo Sastoque.	
No tiene PQR y/o solicitudes VENCIDAS por resolver de acuerdo a la plataforma de correspondencia y matriz interna.	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Tatiana Ojeda
Se realizó Consulta de la Planilla de Pago de Salud y Pensión No. 66861822 Correspondiente a: Marzo 2023 ***(Se anexa pantallazo de verificación)***	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Helen Velasquez
Se evidenció el cargue de los documentos pertenecientes a la ejecución del contrato, en la carpeta compartida de la red interna existente DGRD, correspondiente a los siguientes informes: Informe No. 2	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Tatiana Ojeda
PARA LA ÚLTIMA CUENTA DE COBRO Se verifica que el contratista no tiene pendientes y los elementos utilizados durante el desarrollo del contrato, se encuentran en buenas condiciones y se reciben a satisfacción.	Nombre y Firma de quien CERTIFICA:

Gobernación de Casanare
NIT:892099210-6

AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

Ciudad y Fecha: Yopal, 10/04/2023	Número y fecha del Contrato: No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03

CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 06/03/2023 A: 05/04/2023 Informe No. 2 de 4

UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: **NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE** No. de Identificación: **1019006510** DV- **2**

Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☐ Régimen especial ☐ No declarante ☐ Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☒

Fecha de actualización RUT: 01/02/2023

Objeto del Contrato: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Nombre del Proyecto de Inversión:	Código BPIN:
Plazo de Ejecución: (4) cuatro Meses.	Meses Ejecutados: dos (2) Meses
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 06/02/2023	Fecha de Terminación: 05/06/2023

ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 05/04/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 50.%, contra una programada de 100%.del Total

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:	$ 0

El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera:

TRES (3) mensualidades vencidas a razón de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240) cada una, previa presentación del informe de actividades mensual aprobado por el supervisor, acreditar los pagos al sistema de seguridad social, de conformidad con las normas que rigen la materia, y un (1) pago final por un valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240), una vez presentado el informe final de actividades desarrolladas, aprobado por el supervisor, presentación del paz y salvo de cumplimiento y acreditar los pagos al sistema de seguridad social de conformidad con las normas que rigen la materia.

Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: AHORROS
	No. 29988912563
	BANCOLOMBIA

VoBo.

B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
Contrato Inicial	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230011	02/02/2023	$ 17.592.960
	Registro Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230008	03/02/2023	$ 17.592.960
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días): # Meses y # días.	Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa		Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

Concepto		Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Reiniciación			dd-mm-aaaa	**N.A.**
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS (Agregue las filas y columnas que requiera)

	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	23003728	NC	NC
	Fecha	10/02/2023		
	Valor	$ 175.900		
Contrato Adicional	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	$	$	$

VoBo.

4. **PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.** (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5%	66861822	$ 1.760.000	$ 220.000	$ 221.400	Marzo 2023	Sanitas
PENSIÓN	16%	66861822 66983123	$ 1.760.000	$ 281.500 $ 100	$283.300 $ 200	Marzo 2023	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	I	66861822	$ 9.300	Positiva			

5. **INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA):**

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$ 4.398.240	100%

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presentan, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C No.7.366.738 de Paz de Ariporo
R/L del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare -FGRDC-
Ordenanza No. 017 del 25 de noviembre de 2020

SUPERVISOR

ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
Director Técnico de Gestión de Riesgos y Desastres del Departamento de Casanare
Decreto Nº 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:
Helen Mychel Velásquez Riaño
Profesional Contratada- FGRDC

VoBo. _____

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
NO RESPONSABLES DE IVA

Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T, Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 10 de abril de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023
Numero Interno 010 de 2023-02-03

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

No. de Identificación Tributaria- NIT1.019.006.510 DV -2

Objeto Contractual: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CALLE 30 No. 28 – 46 Yopal Casanare
Celular:	6355230
Duración Del Contrato:	CUATRO (04) MESES
Acta De Inicio:	06 de febrero de 2023
Periodo de Cobro:	06 de marzo de 2023 al 05 de abril de 2023
Número de periodo:	2 de 4
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare:	$ 0

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

Nota: Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA PARA NO SUJETOS PASIVOS DEL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS

Yopal, 10 días del mes de abril de 2023

Señores:
FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
Nit. 901.252.840-1
Yopal, Casanare.

REF: NO SUJETO PASIVO DE AVISOS Y TABLEROS. ART 37 y 39 DEL ACUERDO MUNICIPAL No. 032 DE 2020

Marque con una X, la opción que aplique.

[X] **PERSONA NATURAL**

Yo, Nelson Andrés Santoyo Sastoque, identificado con C.C. No. 1.019.006.510, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

[ ] **PERSONA JURÍDICA**

Yo,_____identificado (a) con C.C. No._____, en calidad derepresentante legal de la empresa_____identificado (a) con Nit No. _____, manifiesto que esta entidad **NO** es sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros enconsideración a lo señalado en el **Artículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

Firma

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510
CEL. 350 6328282
Contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03

Yopal, 10 de abril del 2023

Señores:
FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
Contabilidad
Yopal

REF. Certificado de deducciones

Yo, **Nelson Andrés Santoyo Sastoque** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **1.019.006.510**, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE:**

- Mis ingresos percibidos por **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE** en el año 2023, corresponden a la prestación de servicios por honorarios, en el que contraté o vinculé por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad. **SÍ** ☐ **NO** ☒

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 06/03/2023 y el 05/04/2023, en los pagos que me realice el **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE** de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2022 (Hasta 100 UVT mensuales-$4.241.200). Art 387 ET-DR 4713/05	$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 678.592). Art 387 ET	$ 0

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales ($1.357.184) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.656.267	THOMAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	12
1.013.274.651	MATHIAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	10

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales ($13.444.604).

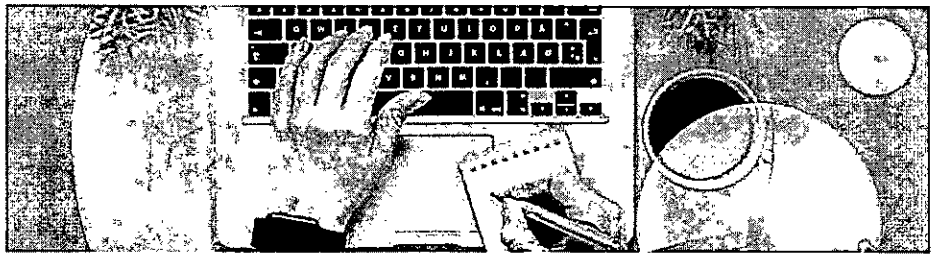
DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	
Aportes en cuentas AFC	

Y finalmente, informo que los servicios del contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03, fueron ejecutados en el municipio de Yopal, me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510

Portal Empresas Portal de Independientes



Inicio / Consulta Pago de Aportes

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*

1019006510

Número de planilla*

66861822

Valor Planilla*

514000

Periodo de pago salud*

Mes* Marzo

Año* 2023

Fecha de pago de la planilla*

04/10/2023

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2023
Pension	Porvenir	Marzo - 2023
Salud	Sanitas EPS	Marzo - 2023

Verificada

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66861822	$514.000	

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	220.000	0		0		0	5	1.400	0	221.400	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	281.500	0	0	0	0	5	1.800	0	283.300	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	9.200				9.200	5	100	9.300			92	9.300	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	220.000	221.400
Pensión	1	281.500	283.300
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.700	514.000

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

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	
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66861822	$514.000	

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	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	1.759.250	281.500	0	0	0	0	EPS005	1.759.250	220.000	14-23	1.759.250	1	9.200		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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
66861822	10/04/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	N	11/04/2023	66983123	$200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

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	100	0	0	0	0	6	100	0	200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

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	1	100	200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	100	200

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE		CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
66861822	10/04/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	N	11/04/2023	66983123	$200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensa	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	1,760,000	281,600	0	0	0	0	EPS005	1,760,000	220,000	14-23	1,760,000	1	9,200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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