PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 5
FN.FT.01

Agencia NACIONAL DIGITAL

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

DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	86.074.787
NOMBRE	JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND-256-2023	VIGENCIA	DESDE	9	MAYO	2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 51.840.000,00		HASTA	31	OCTUBRE	2023

MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
VALOR ADICIONADO			PRÓRROGA HASTA		DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO			FECHA CEDIDO		DÍA		AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO			
	HASTA	DÍA	MES	AÑO			
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 51.840.000,00		TERMINACIÓN ANTICIPADA		DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	623	NÚMERO DE RP	35623
RUBRO	C-2302-0400-2-0-2302003-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	RÉGIMEN	NO RESPONABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 8.640.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 8.640.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	$8.640.000,00
SALDO POR PAGAR	$ 43.200.000,00

BASE GRAVABLE	$ 0,00
IVA	$ 0,00
TOTAL	$ 0,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 552.960,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 432.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	$ 18.040,32
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	84137054824

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

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

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

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

FIRMA: JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
JUAN ORLANDO CAMINO OCHOA	SUBDIRECTOR	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

FIRMA: JUAN ORLANDO CAMINO OCHOA

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

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 3
CT.FT.02

Fecha de expedición del documento: Mayo de 2023
Nombre: JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ
N° contrato: AND-256-2023
Fecha de inicio: 9/05/2023
Fecha de terminación: 31/10/2023
Período de pago: Mayo
N° de pago y/o factura: Primer pago
Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales, para coordinar y realizar el levantamiento requerimientos y el aseguramiento de calidad a los desarrollos de software en el marco de los proyectos adelantados por la Subdirección de Desarrollo
Supervisor: Juan Orlando Camino Ochoa

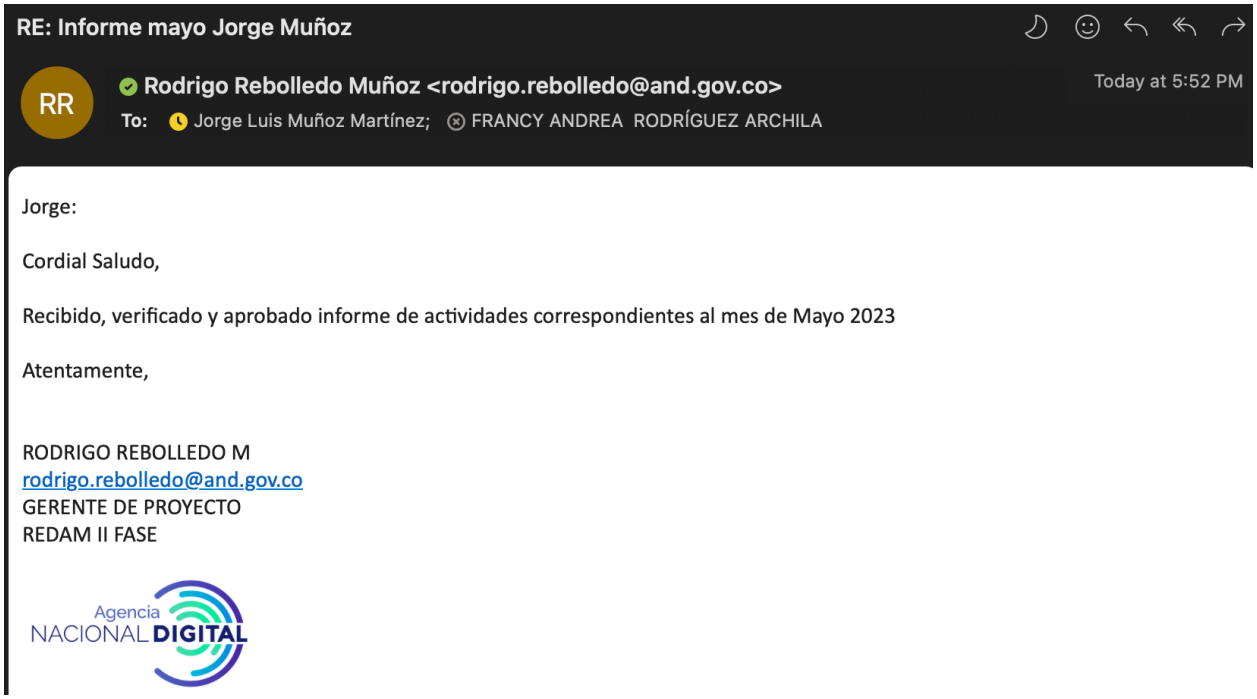
*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	1. Realizar las pruebas de los desarrollos de la resolución de incidencias requeridos en la fase de estabilización y garantía en el marco de los contratos, convenios y proyectos adelantados por la Subdirección de Desarrollo.	Se realizaron pruebas en los diferentes ambientes de las incidencias encontradas durante el periodo de capacitaciones y las mejoras solicitades por las fuentes de información para el sistema REDAM	URL Ambiente Desarrollo REDAM URL Ambiente QA REDAM URL Ambiente PRE REDAM URL Ambiente PROD REDAM
02	2. Apoyar a la gerencia en el alcance de los entregables que están en proceso de ejecución, así, como actualización de los documentos técnicos según el marco del los contratos que tenga subscritos la Agencia Nacional Digital con sus clientes.	Se realizaron realizó acompañamiento a la gerencia para el seguimiento y gestión de actividades relacionadas con REDAM	URL evidencias Actividad 2
03	3. Realizar el levantamiento de requerimientos funcionales y no funcionales, empleando los artefactos definidos para el levantamiento de requerimientos, tales como historias de usuario, casos de uso, diagramas,matrices y demás documentación técnica requerida en el marco de la ejecución de los proyectos de desarrollo de software adelantados por la Subdirección de Desarrollo.	Se asistió a reuniones con el equipo técnico para validar los ajustes y mejoras requeridas por gerencia del proyecto REDAM	URL Evidencias Actividad 3
04	4. Asegurarla correcta ejecución de los procesos y procedimientos definidos por la Subdirección para el desarrollo de las actividades asignadas.	Se realizó acompañamiento a los talleres de capacitaciones a las fuentes de información del proyecto REDAM	URL Evidencias Actividad 4
05	5. Analizar los requerimientos del software, surtiendo las fases definidas en el proceso de análisis, validación funcional y técnica, estimación y priorización de requerimientos de los desarrollos de software requeridos en el marco de los contratos, convenios y proyectos adelantados por la Subdirección de Desarrollo.	Se documentan los ajustes a las mejoras a las Historias de usuario de las Épicas 1 y 4 para el proyecto REDAM en el repositorio sharepoint	URL Evidencias Actividad 5
06	6. Usarlas herramientas para la gestión y automatización de pruebas requeridas.	N/A	N/A
07	7. Hacer entrega oportuna de la solución e informes solicitados por la Subdirección de Desarrollo.	Se realiza acompañamiento para la recopilación de información requerida para el seguimiento de proyecto REDAM	URL Evidencias Actividad 7

08	8. Participar de manera activa en las reuniones institucionales e interinstitucionales relativas a temas derivados del objeto del contrato, así como las fijadas por la Agencia NacionalDigital.	Se realiza el apoyo a la gerencia en las diferentes actividades de avance del proyecto REDAM	Link evidencias actividad 8
09	9. Las demás actividades asignadas para el diligente cumplimiento de su contrato.	Se realiza apoyo en las diferentes actividades relacionadas con el proyecto REDAM	Link evidencias Actividad 9

* Corresponde al número de la obligación contractual según el orden en el que se encuentra en el estudio previo

Se adjunta el soportes de pago de seguridad social de los meses de abril y mayo de 2023

Correo aprobación Informe Mayo



RE: Informe mayo Jorge Muñoz

RR

Rodrigo Rebolledo Muñoz <rodrigo.rebolledo@and.gov.co>

Today at 5:52 PM

To: Jorge Luis Muñoz Martínez; FRANCY ANDREA RODRÍGUEZ ARCHILA

Jorge:

Cordial Saludo,

Recibido, verificado y aprobado informe de actividades correspondientes al mes de Mayo 2023

Atentamente,

RODRIGO REBOLLEDO M
rodrigo.rebolledo@and.gov.co
GERENTE DE PROYECTO
REDAM II FASE

Agencia NACIONAL DIGITAL

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

Bogotá D.C., **24/05/2023**

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

Yo MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 86074787, Empleado ( ) Contratista (X), de la SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO, con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

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

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

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

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

Número de anexos (relacionar cantidad y los documentos anexados)

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



Jorge Luis Muñoz Martínez
C.C. 86074787

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.230.340.788

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54711967

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A F Z

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

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	GONZALEZ

Nombre(s)

MIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52888328-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GARCIA ANGELICA BIBIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.829.435	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 86.074.787	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 86.074.787	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2015 Mes AGO Día 15	GILBERTO ECHEVERRY MARCO A. CESPED Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.123.447.732

Indicativo Serial 57368860

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 788

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	SALAZAR

Nombre(s)

EMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ABR Día 09	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13900122-4

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con filiación monitoreal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SALAZAR ROMERO LAURA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35.260.857	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con filiación monitoreal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 86.074.787	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 86.074.787	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes ABR Día 18	FABIO AUGUSTO RAMIREZ BERNAL (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	FABIO AUGUSTO RAMIREZ BERNAL (E) Nombre y firma

18-ABR-2017 - LIBRO DE VARIOS - ESPACIO EN NOTARIA 228

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 21 de abril de 2023

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2022, **JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ** identificado (a) con CC No. **86074787**, Titular del Contrato No.10108116540, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	CC 86074787	TITULAR	01-07/31-12	$1.015.000	$50.750	$1.065.750
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$132.192	$6.608	$138.800

LA SUMA DE: $1.204.550 (UN MILLON DOSCIENTOS CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

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	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-04	2023-04	I	20/04/2023	67200107	$1.003.100	

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	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	553.000	0	0	0	0	0	0		553.000	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	18.100				18.100	0	0	18.100			181	18.100	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	432.000	432.000
Pensión	1	553.000	553.000
Riesgos Laborales	1	18.100	18.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.003.100	1.003.100

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	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ		cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2023-04	2023-04	I	20/04/2023	67200107	$1.003.100	

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	86074787	MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS	57	0			N																	25-14	3.456.000	553.000	0	0	0	0	EPS005	3.456.000	432.000	14-23	3.456.000	1	18.100		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	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-05	2023-05	I	25/05/2023	68005309	$1.003.100	

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	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	553.000	0	0	0	0	0	0		553.000	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	18.100				18.100	0	0	18.100			181	18.100	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	432.000	432.000
Pensión	1	553.000	553.000
Riesgos Laborales	1	18.100	18.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.003.100	1.003.100

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	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ		cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2023-05	2023-05	I	25/05/2023	68005309	$1.003.100	

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	86074787	MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS	57	0			N																	25-14	3.456.000	553.000	0	0	0	0	EPS005	3.456.000	432.000	14-23	3.456.000	1	18.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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