metrocali	**ACTA DE PAGO Nº 3** **PERSONA NATURAL**

En calidad de SUPERVISOR del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión No.917.104.2.1129.2023 de 12/10/2023, suscrito entre Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración y Kristel López semanate identificado con C.C. 1144149649, cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales a la Dirección Comercial y Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración INFORMO el cumplimiento de las obligaciones contractuales correspondiente a la cuota No. 3 del mes de Diciembre 2023.

Dicho contrato se encuentra amparado con la Disponibilidad Presupuestal N° 20230369 con fecha 04/10/2023 y Registro Presupuestal No. 20231770 del 12 de octubre 2023

Igualmente, informo que el contratista presentó la planilla de aportes a la seguridad social pagada, cumpliendo con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los sistemas de salud, riesgos profesionales, y pensiones. Lo anterior se resume así:

SEGURIDAD SOCIAL		Periodo pagado	NOVIEMBRE-DICIEMBRE
Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad	Planilla Número	Valor ($)
EPS	COMFENALCO	72692865- 72929384	200.000 /200.000
PENSIÓN	PORVENIR	72692865- 72929384	256.000/ 256.000
ARL	POSITIVA	72692865-72929384	16.800/16.800

Por lo anterior se puede proceder al pago del contratista de acuerdo al siguiente estado fiscal

CONCEPTO	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	**N/A**
Fecha Factura (Cuando aplique)	**N/A**
Total cuotas por pagar	**3**
Cuota a pagar	3
Valor Contrato	**$12.000.000**
Adición Otro Sí	**N/A**
Saldo del Contrato	**$4.000.000**
Valor del Pago	**$4.000.000**
Saldo después de este pago	**$0.000.000**

Para constancia se firma en Santiago de Cali al día 22 del mes Diciembre de 2023

ANTONY TRUJILLO MARTINEZ
JEFE DE OFICINA DE CULTURA Y GESTION SOCIAL

Powered by CamScanner

Santiago de Cali, Diciembre de 2023

Señores:
FIDUCIA BOGOTA
Ciudad

REF: CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

KRISTEL LOPEZ SEMANATE identificado con cédula de ciudadanía N° 1.144.149.649, expedida en CALI, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 de Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, "He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica." (Parágrafo 2 art. 383 E.T.).

SI ( ) NO (X)

De la misma manera, en el momento en que contraté o vinculé más de un trabajador asociado a mi actividad económica me comprometo a informar.

Cordialmente,

KRISTEL LOPEZ SEMANATE
C.C # 1144149649

Powered by CamScanner

metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**29-dic-23**	**PERIODO- CUOTA**	DICIEMBRE TERCERA	**CONTRATO NÚMERO**	**PS-917.104.2.1129.2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Kristel Lopez semanate**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1.144.149.649**	
ÁREA	**Cultura y Gestion Social**			**TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**Prestacion de servicios profesionales**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato		**Prestación de servicios profesionales a la Dirección Comercial y Servicio al Cliente de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración**			
Valor del contrato		**Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP**		**Registro Presupuestal - RP**	
		Número	**Fecha**	**Número**	**Fecha**
Valor inicial del contrato	$12.000.000	20230369	4-oct-23	20231770	12-oct-23
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000)				
Plazo del contrato	DESDE EL 12 DE OCTUBRE HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023	Fecha Acta de Inicio	12-oct-23	Fecha terminación	29-dic-23
Modificatorios/Otrosí	*(relacionar el número del modificatorio)*	Fecha modificatorio		Objeto modificatorio	

2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS					
COBRO DEL PERIODO					
NÚMERO DE FACTURA: *(Cuando aplique)*				**Fecha de la Factura o cobro**	
Valor del TOTAL Contrato ($) (Incluir adiciones si las hay)	**Número de la Cuotas totales a pagar del total**	**Número de cuota que se paga**	**Saldo Actual del Contrato ($)**	**(-) Este Pago ($)**	**Saldo después de este pago ($)**
12.000.000	3	3	4.000.000	4.000.000	0.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO *(Relacionar las actividades especificas establecidas en el contrato)*	**ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO** (indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación especifica)	**SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS** (Cuando corresponda)
1) Brindar apoyo en la planeación y desarrollar actividades que promuevan el buen uso del SITM-MIO en los territorios.	**Apoyé la jornada de la subsecretaria de víctimas promoviendo el buen uso del Sitm- mio en territorio comuna 21. 05-12-2023**	**Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.**
2) Brindar apoyo en las actividades y eventos en los que participe Metro Cali S.A, Acuerdo de Reestructuración y que requieran apoyo de socialización, pedagogía, y promoción de la cultura ciudadana y cultura MIO, dentro y fuera de la infraestructura del sistema MIO.	**Apoyé la actividad de socialización, pedagogía y promoción de cultura ciudadana y cultura MIO en la feria de servicios en plaza Caicedo - 06-12-2023**	**Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.**

Powered by CamScanner

metrocali	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	29-dic-23	PERIODO- CUOTA	DICIEMBRE TERCERA	CONTRATO NÚMERO	PS-917.104.2.1129.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Kristel Lopez semanate		Identificación (C.C. /NIT)	1.144.149.649	

3) Brindar apoyo en generar espacios de dialogo entre Metro Cali. S.A. Acuerdo de Reestructuración, las entidades públicas, privadas y la comunidad, para atender solicitudes referentes a la oferta de servicio del SITM-MIO.	Apoyé mesa de Accesibilidad acompañado de operadores y representantes de la mesa para recorrido de verificación de señalética, accesibles, acceso de rampa de la troncal oriental. 04-12-2023	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
4) Brindar apoyo en generar espacios de interacción con lideres de la JAC, JAL y grupos de interés, para la adecuada socialización de obras de infraestructura, proyectos presentes y futuros, plan de servicios operacional y todo lo concerniente a la oferta de servicio	Se realizó reunión con lideres de la comuna 21-pizamos 1,2,3 sol de oriente, tercer milenio, suerte 90, lideres, calimio. 30 -11-2023.	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
5) Brindar apoyo para diligenciar informes o proyectar respuestas ante la solicitud de cualquier ente público o privado, según lo indique su supervisor.	Actividad para ejecutar dentro del marco ordinario de actividades que requieren un apoyo para la dirección comercial y cultura y gestión social.	N/A
6) Brindar acompañamiento en el seguimiento al cumplimiento o respuesta de las solicitudes realizadas por la comunidad en las diferentes visitas	Actividad para ejecutar dentro del marco ordinario de actividades que requieren un apoyo para la dirección comercial y cultura y gestión social.	N/A
7) Brindar apoyo y participar cuando se requiera, en las mesas de creación de estrategias de comunicación y contenidos para socializar avances y actividades realizadas con la comunidad.	Actividad para ejecutar dentro del marco ordinario de actividades que requieren un apoyo para la dirección comercial y cultura y gestión social.	N/A

Powered by CamScanner

metrocali	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	29-dic-23	PERIODO- CUOTA	DICIEMBRE TERCERA	CONTRATO NÚMERO	PS-917.104.2.1129.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Kristel Lopez semanate		Identificación (C.C. /NIT)	1.144.149.649	

8) Brindar apoyo a la planeación y coordinación de actividades del equipo de participación ciudadana relacionadas con socialización, concertación, desarrollo de programas y diálogo con comunidades y grupos de interés, en articulación con los organismos de la Alcaldía de Cali.	Participé en la planeación de actividades a realizar y también en la organización de formatos y demás requisitos pertinentes para las cuentas de cobro. 04-12-2023	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
9) Brindar apoyo para presentar informes, actas, asistencia y registro fotográfico de cada uno de los eventos, reuniones y visitas donde se participe, con la metodología indicada por su supervisor, en donde se informe objetivos de la reunión, resultados y compromisos.	Participé en reunión para programar actividad los días 11 y 12 de noviembre 2023 en la comuna 21.	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
10) Brindar apoyo y participar en la planeación y activación de la campaña de cultura ciudadana.	Participé en socialización sobre cultura ciudadana con la comunidad de la comuna 22. 27-11-202.	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
11) Brindar acompañamiento para diligenciar las diferentes actividades que sean necesarias para desarrollar el "Programa experiencia MIO	Se realizó experiencia mio con 45 estudiantes de la IE los Andes, sede francisco de paula Santander. 01-12-2023	Los soportes de las actividades realizadas reposan en el drive del área de mercadeo, cultura y gestión social.
12) Brindar apoyo en la planeación y ejecución de campañas de prevención en el SITM-MIO.	Actividad para ejecutar dentro del marco ordinario de actividades que requieren un apoyo para la dirección comercial y cultura y gestión social.	N/A

Powered by CamScanner

	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL				
Para digilenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	29-dic-23	PERIODO- CUOTA	DICIEMBRE TERCERA	CONTRATO NÚMERO	PS-917.104.2.1129.2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Kristel Lopez semanate		Identificación (C.C. /NIT)	1.144.149.649	
13). Brindar apoyo a la supervisión de contratos en caso de que sean asignados.	No se asignó ningún contrato para su supervisión.			N/A	
14)Las demás que sean necesarias para el cumplimiento eficiente y eficaz del objeto del presente contrato.	Esta actividad está para ejecutar dentro del marco ordinario de actividades que requieran un apoyo para la dirección comercial, cultura y gestión social			N/A	

SEGURIDAD SOCIAL			
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales		Periodo pagado	NOVIEMBRE/DICIEMB
Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad	Planilla Número	Valor ($)
EPS	COMFENALCO	72692865-72929384	200.000/200.000
PENSIÓN	PROTECCION	72692865-72929384	256000/256000
ARL	POSITIVA	72692865-72929384	16800/ 16800

DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA *(Marque SI o NO según el caso)*	SI	NO
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO.	X	
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA		X
3. CERTIFICO QUE ESTOY AL DIA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA	X	

Powered by CamScanner

metrocali	**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**				
Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"					
FECHA	**29-dic-23**	**PERIODO- CUOTA**	DICIEMBRE TERCERA	**CONTRATO NÚMERO**	**PS-917.104.2.1129.2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Kristel Lopez semanate**		**Identificación (C.C. /NIT)**	**1.144.149.649**	
KRISTEL LOPEZ SEMANATE		**1.144.149.649**		Kristel Lopez S	
Nombre completo del contratista		**Número de Identificación**		**Firma**	

3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO

ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA *(Según Manual de contratación y la normatividad que lo complemente o modifique)*	A satisfacción	No satisfacción
Cumplimiento de Obligaciones generales y especificas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).	X	
Cumplimiento de Obligaciones generales y especificas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar,	X	
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el	X	

CONCEPTO DEL SUPERVISOR *(Escoger una de las dos opciones)*

Como supervisor dejo constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista:

NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.	
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas.	X

CUOTA No.	**TRES**	**VALOR CUOTA**	**$ 4.000.000**	**FECHA COBRO**	29-dic-23

OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR
(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR

Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista *(cumplió/no cumplió)* con los aportes a la seguridad social conforme a las

SI cumplió	X	**NO** cumplió	

ANTONY TRUJILLO MARTINEZ	**JEFE DE OFICINA DE CULTURA Y GESTION SOCIAL**	
Nombre completo supervisor	**Cargo**	**Firma**
Designado Supervisor mediante	*Clausula vigesima , supervición y control-clausulado anexo al contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión No PS-917.104 2.1129.2023*	

Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.

JF

Powered by CamScanner

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	1144149649	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE	CALLE 74 8-04	4009249	KRIJJO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		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	
2023-11	2023-11	I	27/11/2023	72692865	$928.100	

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					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.100	928.100

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	1144149649	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE		CALLE 74 8-04	4009249	KRIJJO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		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	
2023-11	2023-11	I	27/11/2023	72692865	$928.100	

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	1144149649	LOPEZ SEMANATE KRISTEL JOHANA	59	0			N																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS012	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	3	73.100		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	1144149649	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE	CALLE 74 8-04	4009249	KRIJJO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		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	
2023-12	2023-12	I	04/12/2023	72929384	$713.100	

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					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	288.100	0		0		0	0	0	0	288.100	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	368.800	0	0	0	0	0	0		368.800	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	56.200				56.200	0	0	56.200			562	56.200	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	288.100	288.100
Pensión	1	368.800	368.800
Riesgos Laborales	1	56.200	56.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	713.100	713.100

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	1144149649	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE		CALLE 74 8-04	4009249	KRIJJO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		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	
2023-12	2023-12	I	04/12/2023	72929384	$713.100	

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	1144149649	LOPEZ SEMANATE KRISTEL JOHANA	59	0			N																	230301	2.304.600	368.800	0	0	0	0	EPS012	2.304.600	288.100	14-23	2.304.600	3	56.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Resultado de una transacción - Multipagos PSE

soportepse@todo1.com <soportepse@todo1.com>

Vie 24/11/2023 10:35 PM

Para:krijjo@hotmail.com <krijjo@hotmail.com>

Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: ANDRES FELIPE QUIÑONEZ SALCEDO

Tienda virtual o recaudador: COMPENSAR-OI

Nro. de recibo: 72692865

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.62.53.98

Concepto: CC

Razón Social: 1144149649

Fecha y hora de la transacción: Viernes 24 de Noviembre de 2023 10:34:59 PM

Nro. de comprobante: 0000029651

Valor pagado: $ 928,100.00

Producto: *******4866

Bancolombia S.A.

Ésta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Alertas y Notificaciones

Alertas y Notificaciones <alertasynotificaciones@notificacionesbancolombia.com>

Sáb 2/12/2023 7:24 PM

Para:krijjo@hotmail.com <krijjo@hotmail.com>

Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia.

Notificación

Transaccional

Bancolombia te informa Pago por $713,100.00 a COMPENSAR-OI desde producto *2911. 02/12/2023 19:24. Inquietudes al 6045109095/018000931987.

¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos? **Visualiza esto y más en Día a Día en App Bancolombia.**

QUIERO USAR DÍA A DÍA

QUIERO SABER MÁS

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.

Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:

- **Nunca entregues tu información personal o financiera** por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o buscadores.
- **Jamás entregues datos** como: usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, fechas de vencimiento y códigos de seguridad.
- **Nunca pierdas de vista tus tarjetas.** Cuando realices compras, verifica que te hayan devuelto la tuya, para esto puedes marcarla y personalizarla para que la reconozcas fácilmente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca te solicitará datos financieros como usuarios, claves, números de tarjetas de crédito con sus códigos de seguridad y fechas de vencimiento mediante vínculos de correo electrónico o llamadas telefónicas. Para verificar la autenticidad de este correo electrónico puedes reenviarlo a **correosospechoso@bancolombia.com.co**.

Si tienes alguna inquietud puedes contactarnos en nuestras líneas de atención telefónica:

Bogotá **(601) 343 0000**, Medellín **(604) 510 9000**, Cali **(602) 554 0505**, Barranquilla **(605) 361 8888**, Bucaramanga **(607) 697 2525**, Cartagena **(605) 693 4400**, Resto del país **018000912345** Sede principal Cra. 48 Nro. 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia

Si no puedes ver este email haz clic **aquí | Cancelar suscripción**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE	**NIT:**	1144149649
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2023
Número de Radicación:	72692865	**Total a pagar:**	$928,100
Fecha de vencimiento:	13/12/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	27/11/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	297244989
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$73,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$480,000
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	1		$0	$375,000
						$928,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KRISTEL JOHANA LOPEZ SEMANATE	**NIT:**	1144149649
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2023
Número de Radicación:	72929384	**Total a pagar:**	$713,100
Fecha de vencimiento:	11/01/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/12/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	313518689
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$56,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$368,800
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	1		$0	$288,100
						$713,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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