CONSORCIO INTER 1	**CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL** **CONTRATO DE INTERVENTORÍA**	**Código**: GES-FO-084 **Versión:** 1 **Fecha de Aprobación:** 26-Feb-2023

CONTRATO	COP-452-2023	PROYECTO		FASE O ETAPA	X	No. FASE / ETAPA:	2

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL **1/03/2024** **Y EL** **31/03/2024**

INFORME No. *4*

TIPO DE CONTRATO *OBRA*

OBJETO *"LA EJECUCIÓN CONDICIONAL EN FASES DE LA PROFUNDIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS Y LA EJECUCIÓN DE LAS OBRAS PARA LA CONSTRUCCIÓN FASE DE MITIGACIÓN: TRAMO DE 65M DEL CANAL EL CAMPESTRE Y ALCANTARILLAS EN CAJÓN SOBRE EL CANAL MATUTE EN LA CIUDAD CARTAGENA DE INDIAS"*

NOMBRE DEL PROYECTO CONSTRUCCIÓN FASE DE MITIGACIÓN: TRAMO DE 65M DEL CANAL EL CAMPESTRE Y ALCANTARILLAS EN CAJÓN SOBRE EL CANAL MATUTE EN LA CIUDAD CARTAGENA DE INDIAS

CONTRATISTA: *CONSORCIO GHW SUMAPAZ* CONTRATO No. *COP-452-2023*

INTERVENTOR: *CONSORCIO INTER 1* CONTRATO No.

SUPERVISOR: *LUISA FERNANDA LOZANO*

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	SEGURIDAD SOCIAL (Incluir No de planilla)			PARAFISCALES		
				ARL	EPS	PENSION	CAJA	SENA	ICBF
1	HAROLD MARIN MUÑOZ	86.057.972	Director de proyecto	ARL SURA	NUEVA E.P.S.	PORVENIR			
2	JORGE ANDRÉS PIZA BECERRA	1.022.331.204	Residente de Obra	POSITIVA	SANITAS EPS	PORVENIR			
3	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	3.563.338	Especialista Hidraulica	POSITIVA	NUEVA E.P.S.	PORVENIR			
4	JOHANNA PATRICIA RAMÍREZ	53.116.646	Social	ARL SURA	SALUD TOTAL EPS	PORVENIR			
5	JESSICA LORENA RAMÍREZ BENAVIDES	1.013.606.685	Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo	ARL SURA	SALUD TOTAL EPS	PORVENIR			

Nota:Elimine todo lo que no le aplique del cuadro que se encuetre entre < > e incluya todas las filas que necesite

Nota: Se debe anexar certificación de pagos de parafiscales

Firma:

GABRIEL DUARTE DIAZ

DIRECTOR DE INTERVENTORIA

CONSORCIO INTER 1

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	509564006	9464257907	I	2024/03/18	2024/03/12	NEQUI	0	$1,546,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: DISEÑO (1 Afiliados)																														
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)																														
1	CC	86057972	MARIN MUÑOZ HAROLD																		230301	30	EPS037	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	509564006	9464257907	I	2024/03/18	2024/03/12	NEQUI	0	$1,546,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800,000	$0	$0	$800,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$800,000	$0	$0	$800,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,800	$0	$0	$121,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$121,800	$0	$0	$121,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$625,000	$0	$0	$625,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$625,000	$0	$0	$625,000
TOTAL				**1**	**$1,546,800**	**$0**	**$0**	**$1,546,800**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	524635423	9463458027	I	2024/03/11	2024/03/20	BANCOLOMBIA	9	$2,575,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
1	CC 3563338	MAYA GUIDO	230301	30	$5,500,000	$1,485,000	EPS037	30	$5,500,000	$687,500		0	$0	$0	14-23	30	$5,500,000	$382,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	524635423	9463458027	I	2024/03/11	2024/03/20	BANCOLOMBIA	9	$2,575,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,485,000	$11,700	$0	$1,496,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,485,000	$11,700	$0	$1,496,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$382,800	$3,000	$0	$385,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$382,800	$3,000	$0	$385,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$687,500	$5,300	$0	$692,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$687,500	$5,300	$0	$692,800
TOTAL				**1**	**$2,555,300**	**$20,000**	**$0**	**$2,575,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 3563338	0	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MALAMBO	CONJUNTO BACATI CASA 11	MALAMBO-ATLANTICO	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-02	2024-03			E	2024/03/11			0		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BOGOTA (4 Afiliados)																							$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336		$157,000		$0	$0		$587,600
Centro de Trabajo: BOGOTA (4 Afiliados)																							$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336		$157,000		$0	$0		$587,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336		$157,000		$0	$0		$587,600
1	CC	79632678	BAQUERO JAVIER	X																	230301	16	$693,334	$111,000	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	6.960%	$48,300	16	$0	$0	Si	$214,900
2	CC	348210	MACANA LUIS	X																	230301	4	$173,334	$27,800	EPS037	4	$173,334	$7,000	CCF24	4	$173,334	$7,000	14-23	4	$173,334	6.960%	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
3	CC	19339772	ROMERO FERNANDO	X																		0	$0	$0	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	6.960%	$48,300	16	$0	$0	Si	$103,900
4	CC	79519548	TORRES ABELARDO	X																	230301	16	$693,334	$111,000	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	6.960%	$48,300	16	$0	$0	Si	$214,900
Total			**Afiliados(4)**																				$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336		$157,000		$0	$0		$587,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 3563338	0	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MALAMBO	CONJUNTO BACATI CASA 11	MALAMBO-ATLANTICO	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03			E	2024/03/11			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$249,800	$0	$0	$249,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$249,800	$0	$0	$249,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$157,000	$0	$0	$157,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$157,000	$0	$0	$157,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$90,400	$0	$0	$90,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$90,400	$0	$0	$90,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$90,400	$0	$0	$90,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$83,400	$0	$0	$83,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$7,000	$0	$0	$7,000
TOTAL				**4**	**$587,600**	**$0**	**$0**	**$587,600**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 3563338	0	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MALAMBO	CONJUNTO BACATI CASA 11	MALAMBO-ATLANTICO	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	513459314	9464327798	E	2024/03/11	2024/03/14	BANCOLOMBIA	3	$589,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: BOGOTA (4 Afiliados)					$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$157,000		$0	$0
Centro de Trabajo: BOGOTA (4 Afiliados)					$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$157,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)					$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$157,000		$0	$0
1	CC	79632678	BAQUERO JAVIER	230301	16	$693,334	$111,000	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0
2	CC	348210	MACANA LUIS	230301	4	$173,334	$27,800	EPS037	4	$173,334	$7,000	CCF24	4	$173,334	$7,000	14-23	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0
3	CC	19339772	ROMERO FERNANDO		0	$0	$0	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0
4	CC	79519548	TORRES ABELARDO	230301	16	$693,334	$111,000	EPSC34	16	$693,334	$27,800	CCF24	16	$693,334	$27,800	14-23	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0
Total		**Afiliados(4)**				$1,560,002	$249,800			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$90,400			$2,253,336	$157,000		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 3563338	0	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	MALAMBO	CONJUNTO BACATI CASA 11	MALAMBO-ATLANTICO	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	513459314	9464327798	E	2024/03/11	2024/03/14	BANCOLOMBIA	3	$589,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$249,800	$700	$0	$250,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$249,800	$700	$0	$250,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$157,000	$500	$0	$157,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$157,000	$500	$0	$157,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$90,400	$300	$0	$90,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$90,400	$300	$0	$90,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$90,400	$400	$0	$90,800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$83,400	$300	$0	$83,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$7,000	$100	$0	$7,100
TOTAL				**4**	**$587,600**	**$1,900**	**$0**	**$589,500**

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	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	21/03/2024	75380302	$378.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	1	100	7.900	1

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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	7.800	7.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	378.300	378.800

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	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-02	2024-02	I	21/03/2024	75380302	$378.800	

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	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	3	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0	CCF24	1.300.000	7.800	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	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	75083174	$377.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	75083174	$377.300	

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	53116646	RAMIREZ BENAVIDES JOHANNA PATRICIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado con **CC** número **1022331204**, aportó en nombre de **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado(a) con **CC** número **1022331204** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-03** y salud **2024-03** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
230301	Porvenir															0		30	$1.300.000	$208.000	$0	$0	Marzo - 2024	75602138	03/04/2024	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$1.300.000	$162.500	$0	$0	Marzo - 2024	75602138	03/04/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Abril de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.