ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ Secretaría Distrital de Gobierno

Ingreso de almacén

Unidad ejecutora: 09 ALCALDIA LOCAL DE FONTIBON
Tipo de ingreso: INGRESO_COMPRA_INVERSION
Numero ingreso: 30 **Interno:** 789
Estado ingreso: APROBADO
Vigencia ingreso: 2024 **Fecha ingreso:** 09 mayo 2024
Documento soporte: SEL. ABREVIADA SUBASTA DE
Número doc. soporte: 377
Fecha doc. soporte: 09 mayo 2024
Proveedor: NIT 900995679 TEMPOEFECTIVA SAS
Documento remisión: FACTURA
Número doc. remisión: 120
Fecha doc. remisión: 09 mayo 2024
Encargado de bodega: NANCY MACHADO NUÑEZ
Dependencia solicitante: 1209320000000 ALMACEN
Observaciones: INGRESO ELEMENTOS C.S.U 377-2023 PARA EL PROGRAMA PARCEROS POR BOGOTA LOCALIDAD FONTIBON MEMORANDO 20245920004563

Ítem	Elemento	Nombre del elemento	Unidad de medida	Cantidad	Cuenta contable	Valor unitario con IVA	Valor total
1	3450	REFRIGERIO	UNIDAD	3362	1-5-10-65	5.100,00	17.146.200,00
		REFRIGERIO	TIPO 1				
2	4341	CHAQUETA	UNIDAD	204	1-5-10-90-01	43.907,00	8.957.028,00
		CHAQUETA	CORTAVIENTOS				
3	2837	TULA PARA MATERIALES - DOTACION	UNIDAD	204	1-5-10-34-01	8.338,00	1.700.952,00
		TULA	DEPORTIVA				
4	3576	GORRA	UNIDAD	203	1-5-10-90-01	15.374,00	3.120.922,00
		GORRA	INSTITUCIONAL				
5	3576	GORRA	UNIDAD	1	1-5-10-90-01	15.181,00	15.181,00
						Total elementos de consumo:	**30.940.283**

NANCY MACHADO NUÑEZ
Responsable recibe

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.
BOGOTÁ Secretaría Distrital de Gobierno

SALIDA DE ALMACEN

Unidad Ejecutora: 09 ALCALDIA LOCAL DE FONTIBON
Numero Egreso: 31
Documento soporte: ACTA
Funcionario solicitante: 80803689 Hosman Yesid Huertas Quiroga
Encargado de bodega: 51803866 Nancy Machado Nuñez
Observaciones: Egreso Elementos C.S.U. 377-2023 Para El Prpograma Parceros Por Bogota Localidad Fontibon Memorando 20245920004563

Tipo de egreso: SALIDA_INVERSION_DRRLLO_COMUN
Estado Egreso: APROBADO **Vigencia Egreso:** 2024 **Fecha Egreso:** 09 mayo 2024
Numero Doc Soporte: 31 **Vigencia Doc:** 2024 **Fecha Doc Sop:** 09 mayo 2024
Dependencia solicitante: 1209350000000 PLANEACIÓN

Elemento	Nombre del elemento	Unidad	Cantidad	Valor	Total
3450	REFRIGERIO	UNIDAD	3362	5.100,00	17.146.200,00
4341	CHAQUETA	UNIDAD	204	43.907,00	8.957.028,00
2837	TULA PARA MATERIALES - DOTACION	UNIDAD	204	8.338,00	1.700.952,00
3576	GORRA	UNIDAD	203	15.374,00	3.120.922,00
3576	GORRA	UNIDAD	1	15.181,00	15.181,00
				Total:	**30.940.283**

Resumen de Cuentas

Cuenta Contable	Nombre Cuenta Contable	Valor Debito	Valor Credito
	Totales:		

Nancy Machado Nuñez
Responsable Entrega

Hosman Yesid Huertas Quiroga
Responsable Recibe

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
(PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, ELSA JULIETH CASTAÑEDA OSPINA, identificada con la C. C. No. 1.010.182.685 de Bogotá, en mi condición de Representante Legal de TEMPOEFECTIVA S.A.S., identificada con el Nit. No. 900.995.679-4, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio del Sur y Oriente del Tolima, certifico el pago de los siguientes aportes por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002., pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Flandes Tolima, a los 01 días de abril de 2024.

Atentamente,

ELSA JULIETH CASTAÑEDA OSPINA
Representante Legal
C.C.N° 1.010.182.685 de Bogotá
TEMPOEFECTIVA S.A.S.
NIT: 900.995.679-4

ALEJANDRO MOLINA PARRA
CONTADOR
CC. 19.458.172 de Bogotá
TP: 35146-T

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS		Cra 19 # 2 - 26 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	74543368	$1.275.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2

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
230201	Proteccion (ING [illegible]ion)	800[illegible]-0	624.000	0	0		0	0	0		624.000	
230301	Porvenir	800[illegible]-3	208.000	0	0		0	0	0		208.000	

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	[illegible]11153-6	27.200				200		0	27.200				27.200	4

CCF

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	208.000	0	0	208.000	4

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
MEN				

TOTAL SUBSISTEMAS

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	208.000	208.000
Pensión	2	832.000	832.000
Riesgos Laborales	1	27.200	27.200
CCF	1	208.000	208.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	1.275.200	1.275.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

TIPO	NUMERO	APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 26 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com

FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	APORTANTE PERTENECE A PAQUETE FISCALES DE LA LEY 1429
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

PLANILLA APORTADA	FECHA PAGO APORTADO (DEL MISMO MES)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					4	0
PERIODO PAGO	PERIODO PORTADO				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	74543368	$1.275.200	

DETALLE POR COTIZANTE

TIPO COTIZANTE	NUMERO IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	TIPO DOCUMENTO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	RESIDENTE EXTERIOR	ESTUDIANTE	APRENDIZ	SUSPENSION TEMPORAL	INCAPACIDAD	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VACACIONES	VARIACION TRANSITORIA SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COD ADMINISTRADORA	DIAS COTIZADOS	SALARIO BASICO	IBC	TARIFA	APORTE OBLIGATORIO	VALOR NO RETENIDO	APORTE VOLUNTARIO	TOTAL APORTE
CC	1010182666	CASTAÑEDA OSPINA ELSA JULIETH	1	0																		230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS091	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	1018402366	ARIZA SOTO MAIRA LISSETH	1	0																		230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	1073708388	CASTAÑEDA OSPINA DEIVI STEVEN	1	0																		230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	80794345	BUSTOS CAS	1	0																		230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS001	[illegible]	52,000	14-23	1,300,0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	300,000	52,000	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
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 26 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)				CANTIDAD	
		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	05/02/2024	74490938	$1.961.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	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
230201	Proteccion (INCLUYE Proteccion)	800224808-4	624.000	0	0			0	0		624.000	3
230301	Porvenir	800224808-4	416.000	0	0			0	0		416.000	2
231001	Colpensiones	800227940-4	240.000	0	0			0	0		240.000	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	41.900				41.900	0	0	41.900			419	41.900	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	320.000	0	0	320.000	6

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	4	320.000	320.000
Pensión	3	1.280.000	1.280.000
Riesgos Laborales	1	41.900	41.900
CCF	1	320.000	320.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.961.900	1.961.900

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	DIRECCION	TELEFONO	CORREO
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 26 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com

FORMA DE AUTOLIQUIDACION	CODIGO ARP	NUMERO RADICADO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	APORTANTE OBLIGADO A PAGAR APORTES AL SENA
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					6
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	05/02/2024	74490938	$1.961.900

DETALLE POR COTIZANTE

CC	1000573858	RIOS ALARCON KIRTAN KALINDY	1	0		0	X											230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPSC34	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	1010182685	CASTAÑEDA OSPINA ELSA JULIETH	1	0		0												230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS001	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	1018402366	ARIZA SOTO MAIRA LISSETH	1	0		0												230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	52,000	14-23	1,300,000	1	6,800	CCF22	1,300,000	52,000	0	0	0	0	0
CC	1073708388	CASTAÑEDA [illegible]		0		0												230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008		52,000	14-23	1,300,0[illegible]				300,000	52,000	0	0		0	0
CC	52366775	ALARCON ME[illegible]OTRADO		0		0	X											231001	1,500,000	240,[illegible]		0		0	EPS002		60,000	14-23	1,500,0[illegible]		7,500			60,000	0	0		0	0
CC	80794345	BUSTOS CAST[illegible]EAN MICHEL				0												230201	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS00[illegible]	[illegible]	52,000	14-23	1,300,0[illegible]		6,800	CCF22		52,000	0	0	0	[illegible]	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 26 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					7	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-01	2023-12	E	02/01/2024	73678406	$2.074.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	92.800	0		0		0	0	0	0	92.800	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	139.200	0		0		0	0	0	0	139.200	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1

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
230201	Proteccion (ING [illegible] Proteccion)	800227[illegible]	556.[illegible]	0	0	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	556.800	[illegible]
230301	[illegible]	800224[illegible]	556.[illegible]	0	0	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	556.800	3
231001	[illegible] dos	800227[illegible]	240.[illegible]	0	0	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	240.000	1

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	44.500				44.500	0	0	44.500			445	44.500	7

CCF

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	338.400	0	0	338.400	7

SENA

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0

ICBF

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0

ESAP

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

MEN

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR ADMINISTRADORA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IBC, UMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	338.400	338.400
Pensión	3	1.353.600	1.353.600
Riesgos Laborales	1	44.500	44.500
CCF	1	338.400	338.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.074.900	2.074.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 28 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	

FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA PLANILLA	TIPO DE PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 4 / OPC: 0
RANGO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	74543368	$1.275.200

TABLE FOR COTIZANTE

Tipo Doc.	Número Documento	Nombre Cotizante	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Actividad Economica	Salario Básico	Días Cotizados	Valor Aporte	Valor Aporte Voluntario	Valor Aporte Empresarial No Obligatorio	Valor Aporte Fondo de Solidaridad	Cod. EPS	IBC EPS	Cotizable UPC EPS	Cod. CCF	IBC CCF	Tarifa CCF	Valor Aporte CCF	Cod. Pensión	IBC Pensión	Tarifa Pensión	Valor Aporte Pensión	Valor Aporte FSP	Valor Aporte FSP Subcuenta	Valor Aporte ARL
CC	1010182885	CASTAÑEDA OSPINA ELSA JULIETH	1	0		3			230201	1,300,000	208,000	0	0	0	EPS001	1,300,000	62,000	14-23	1,300,000	1	6.800	CCF22	1,300,000	62,000	0	0	0	0	0
CC	1018492366	ARIZA SOTO MAIRA LISSETH	1	0		3			230301	1,300,000	208,000	0	0	0	EPS008	1,300,000	62,000	14-23	1,300,000	1	6.800	CCF22	1,300,000	62,000	0	0	0	0	0
CC	1073708388	CASTAÑEDA OSPINA DEIVI STEVEN	1	0		3			230201	1,300,000	208,000	0	0	0	EPS008	1,300,000	62,000	14-23	1,300,000	1	6.800	CCF22	1,300,000	62,000	0	0	0	0	0
CC	80794345	BUSTOS CAST[illegible]	1	0		3			230201	1,300,000	208,000	0	0	0	EPS001	[illegible]	62,000	14-23	1,300,0[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,300,000	62,000	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

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 28 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-02	2024-01	E	05/02/2024	74490938	$1.961.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

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
230201	Proteccion (ING [illegible]ección)	800226[illegible]	624.[illegible]	0	0			0	0		624.000	[illegible]
230301	[illegible]	800224[illegible]	416.[illegible]	0	0			0	0		416.000	2
231001	[illegible]dos	800227[illegible]	240.[illegible]	0	0	0		0	0		240.000	1

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nota Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	41.900				41.900	0	0	41.900			419	41.900	6

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	320.000	0	0	320.000	6

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	320.000	320.000
Pensión	3	1.280.000	1.280.000
Riesgos Laborales	1	41.900	41.900
CCF	1	320.000	320.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.961.900	1.961.900

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995679-4	TEMPOEFECTIVA SAS	Cra 19 # 2 - 28 sur	3133520805	tempoefectivasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			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 IPC
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-02	2024-01	E	05/02/2024	74490938	$1.961.900	

DETALLE POR CONTRATO

| Tipo | No. de Identificación | Nombres y apellidos | | | | |