| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | RECONOCIMIENTO Y PAGO<br>(PAGO PARCIAL O FINAL) | CÓDIGO: | F-BS-15 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 05 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de elaboración del reconocimiento: | 30/08/2024 | Periodo de Pago: | Del | 16/06/2024 | Al | 15/07/2024 | |
| Contrato No. y Fecha: | 1098 del 10 de mayo de 2024 | | | | | | |
| Contratista: | Carlos Alberto Velásquez Díaz | | | | c.c. o Nit. | 86.076.976 | |
| Representante Legal: | N/A | | | | c.c. | N/A | |
| Tipo de Pago: | Parcial | X | Final | | Número de Pago: | 02 | |

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

| N. | Documento<br>(Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A) | Hacienda | Jurídica | Secop | Sia Observa |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL<br>(Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 2 | COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS<br>(Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición) | X | N/A | X | N/A |
| 3 | ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO<br>(F-BS-16) | X | X | X | X |
| 4 | COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN<br>(Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 5 | FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS<br>(Original Hacienda – Copia Jurídica) | X | X | X | X |
| 6 | COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 7 | COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES<br>(Primer Pago o cesión del contrato) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 8 | COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO<br>(Pago posterior a la modificación)<br>(Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 9 | COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato)<br>En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 10 | COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR<br>(Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 11 | CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 12 | PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>• Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural).<br>• Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios)<br>• Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica) | X | X | X | X |
| 13 | COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 14 | INFORME DEL CONTRATISTA | N/A | X | X | X |
| 15 | INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23) | N/A | X | X | X |
| 16 | ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17) | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 17 | ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2) | N/A | N/A | N/A | N/A |

| Valor a Pagar (Letras y Números): | **Cuatro millones quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)** |
|---|---|

Cordialmente,

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | MARIA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ | Nombre: | LEIDY SANCHEZ LOAIZA |
| Cargo: | Profesional Universitario<br>Supervisora | Cargo: | Secretaria de Comunicaciones<br>Ordenador del Gasto |

04 SEP 2024

DeCop 6384 05.09.24

04 SEP 2024

| DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8 | **CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS** | CÓDIGO: | F-PE-19 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 01 |

## EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

***ELABORACIÓN DE ACCIONES PARA DIVULGAR Y PROMOCIONAR LA GESTIÓN DEL GOBIERNO DEL META***

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500277**

**Observaciones**: PROYECTO POAI-2024- AJUSTADO MEDIANTE DECRETO 462 DE 2023.

En la fecha 09 de abril de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE COMUNICACIONES*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***Hagamos Grande al Meta 2020-2023***":

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DIMENSIÓN 4. HAGAMOS GRANDE AL META MÁS SEGURO Y CON GOBERNANZA. | SECTOR 23: COMUNICACIONES. | 2302 Programa 2. Fomentar el desarrollo de aplicaciones, software y contenidos para impulsar la apropiación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en el Departamento del Meta . | Componente Constitutivo: Comunicaciones Al Servicio de la Gente. | Meta 2. Crear y ejecutar el plan estratégico de comunicaciones para posicionar la imagen del Gobierno departamental, mantener informada a la comunidad y generar confianza en la entidad. . |

1.Actividad o componente a ejecutar: *Actividad 4: Promover la divulgación de las acciones en medios de comunicación locales y nacionales.*

Objeto del gasto: *Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital .*

Valor: $18,000,000.00.Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 09 de abril de 2024

**JEIMMY LISSED MOLANO MORENO**
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR<br>AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 05 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No. y Fecha:** | 1098 del 10 de mayo de 2024 | | |
| **Contratista:**<br>(Persona natural o jurídica que figura en el contrato.) | Carlos Alberto Velásquez Díaz | **NIT/C.C.** | 86.076.976 |
| **Representante Legal:**<br>(Soló para persona jurídica) | N/A | **C.C.** | N/A |
| **Supervisor:** | María Jimena Rivera Martínez | c.c. | 40.399.601 |
| **Objeto:** (Transcribir del contrato) | | | |
| **Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.** | | | |
| **Valor inicial del contrato:**<br>(Letras y Números) | **Dieciocho millones de pesos moneda corriente ($18.000.000)** | | |
| **Término Inicial de Ejecución:** | Cuatro (4) meses | | |
| **Fecha de Inicio según Acta de Inicio:** | 16/05/2024 | **Fecha Finalización según Acta de Inicio:** | 15/09/2024 |

| **Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)** | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo de Modificación**<br>**Adición** (Sumar)<br>Reducción (Restar) | **Valor de la Modificación**<br>(Cuando Aplique) | **Fecha de expedición del documento.** | **Tiempo de Modificación**<br>(Cuando Aplique) |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Total del Valor de la Modificación** | N/A | N/A | N/A |
| *Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A<br>**Inserte filas si requiere | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Término Total de Ejecución:**<br>(Inicial +/- modificaciones) | N/A | **Fecha Finalización:**<br>(Inicial +/- modificaciones) | N/A |
| **Valor total del contrato +/- las modificaciones:** (Letras y Números) | N/A | | |
| *Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización<br>**Inserte filas si requiere | | | |

| **Forma de Pago:** (Transcribir del contrato) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la presente contratación de la siguiente manera: PAGOS: La Gobernación del Departamento del Meta pagará al contratista el valor de la ejecución del contrato así: Cuatro (4) mensualidades vencidas de igual valor por la publicación de dos (2) banner fijo de 720x90 pixeles ubicado en la parte superior derecha de la página de inicio del portal web, con vínculo directo a la página de la Gobernación del Meta, (www.meta.gov.co), transmisión en vivo de dos (2) eventos, entrevista y/o ruedas de prensa a través de una red social. Redacción y difusión de cuatro (4) noticias a través de la página web y sus redes sociales. Difusión de siete (7) boletines electrónicos a través de la página web y sus redes sociales. Emisión de ocho (8) cuñas a través de la emisora online del mismo portal web, por mes. Para cada pago se requiere previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de que se encuentra a paz y salvo con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social. | | | | | |
| **Contrato Inicial, Registro Presupuestal:** | | | | | |
| **Número y Fecha:** | 4632 del 14/05/2024 | **Inversión** | X | **Funcionamiento** | N/A |

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR<br>AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 05 |

| | |
|---|---|
| **Rubro presupuestal:** | 0301-2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008-20 |
| **Valor:** (Letras y Números) | **Dieciocho millones de pesos moneda corriente ($18.000.000)** |

| **Adición, Registro Presupuestal:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número y Fecha:** | N/A | **Inversión** | N/A | **Funcionamiento** | N/A |
| **Rubro presupuestal:** | N/A | | | | |
| **Valor:** (Letras y Números) | N/A | | | | |

**Nota:** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

**Obligaciones Generales del Contratista:** (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato.
4. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
5. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
6. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
7. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
8. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
10. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
11. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
12. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.
13. Publicar en página Secop II, todos los documentos y actuaciones que hagan parte de la ejecución de los pagos mensuales y/o acta finalización correspondiente.

**Obligaciones Específicas del Contratista:** (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar para cada mes la publicación de dos (2) banner fijo de 720x90 pixeles ubicado en la parte superior derecha de la página de inicio del portal web, con vínculo directo a la página de la Gobernación del Meta, (www.meta.gov.co), durante 4 meses, con información institucional del Gobierno Departamental. Dos banner diferentes por mes.
2. Realizar para cada mes la emisión de dos (2) transmisiones en vivo de eventos, entrevista y/o ruedas de prensa a través de una red social, con información institucional del gobierno departamental.
3. Realizar para cada mes la redacción y difusión de cuatro (4) noticias a través de la página web y sus redes sociales, con información institucional del gobierno departamental.
4. Realizar para cada mes la publicación de siete (7) boletines electrónicos a través de la página web y sus redes sociales, con información institucional del gobierno departamental.
5. Realizar para cada mes de la emisión de ocho (8) cuñas a través de la emisora online del mismo portal web, con información institucional del gobierno departamental.
6. Coordinar con el supervisor la entrega del material con información institucional del gobierno departamental que será publicado. Dicho material será producido por la Secretaría de Comunicaciones.

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR<br>AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 05 |

| |
|---|
| 7. Presentar informe tanto en físico como en medio magnético de las actividades donde se relacione el material difundido, fecha de publicación de cada pieza y soporte, cinco (5 días después de haberse cumplido el respectivo período. |
| **Modificaciones y/o Adiciones:** |
| N/A |

| **Periodo de Pago:** | Del | 16/06/2024 | Al | 15/07/2024 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo de Pago:** | Anticipo | | Parcial | X | Final | No. de Pago | 02 |

| | |
|---|---|
| **No. de Comprobante de Entrada a Almacén:** (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén) | **N/A** |
| **No. de Comprobante de Salida a Almacén:** (Contratos cuando se requiera instalación de bienes) | **N/A** |

| **Valor Total Autorizado a Pagar** | |
|---|---|
| **Valor Total Autorizado a Pagar** (Letras Máximo 2 Decimales) | **Cuatro millones quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)** |

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

| No. R.P. | Rubro Presupuestal | Clasificador Presupuestal | Valor a Afectar |
|---|---|---|---|
| 4632 | 0301-2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008-20 | 83635 | $4.500.000 |
| **Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)** | | | **$4.500.000** |

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

**Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:**

En el municipio de Villavicencio.

| Municipio | Valor |
|---|---|
| Villavicencio | $4.500.000 |
| **Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)** | **$4.500.000** |

**Nota:** Incluir filas adicionales si se requiere.
Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.
Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

| **Anticipo** (Letras y Números máximo 2 Decimales) | | | **N/A** |
|---|---|---|---|
| **Porcentaje:** | N/A | **Observaciones:** | N/A |

**Amortización del Anticipo**

| Concepto | Valor Facturado | % Contrato Facturado | Saldo Contrato | Amortización Anticipo | % Anticipo Amortizado | Saldo Anticipo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Inicial | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Parcial 1 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Parcial 2 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Parcial n | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Parcial n | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Total** | **N/A** | N/A | N/A | **N/A** | N/A | N/A |

| **Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Concepto** | **Valor** (Números máximo 2 Decimales) | **Periodo de Pago** DD/MM/AAAA | | **% Ejecución Financiera** |
| | | **Del** | **Al** | |
| Primer pago | $4.500.000 | 16/05/2024 | 15/06/2024 | 25% |
| Pago Autorizado en el Presente Informe | $4.500.000 | 16/06/2024 | 15/07/2024 | 25% |
| Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar | $9.000.000 | 16/07/2024 | 15/09/2024 | 50% |
| **Valor Total del Contrato Inicial** | **$18.000.000** | **16/05/2024** | **15/09/2024** | **100%** |
| **Nota:** Inserte o Elimine filas si requiere. | | | | |

| **Balance Financiero de Ejecución de la Adición** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Concepto** | **Valor** (Números máximo 2 Decimales) | **Periodo de Pago** DD/MM/AAAA | | **% Ejecución Financiera** |
| | | **Del** | **Al** | |
| Pago Autorizado en el Presente Informe | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Valor Total de la Adición** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Nota:** El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere.<br>(Si no aplica diligenciar N/A) | | | | |

| | |
|---|---|
| **Valor Total del Contrato Inicial más la Adición** | **$18.000.000** |

| **Pago de Seguridad Social** (Persona Natural) | **Datos** | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Cotizado | **Junio 2024** | **Julio 2024** | **Agosto 2024** |
| Número de Planilla | 79637253 | 79751170 | 79775649 |
| IBC (Ingreso Base de Cotización) | **$1.800.000** | **$1.800.000** | **$1.800.000** |
| Valor pagado a SALUD | $231.900 | $226.200 | $225.000 |
| Valor pagado a PENSIÓN | $296.900 | $289.500 | $288.000 |
| Valor pagado a ARL | $9.700 | $9.500 | $9.400 |
| Valor pagado a FSP | N/A | N/A | N/A |
| **Nota:** Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna<br>**Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A | | | |

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892 000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR<br>AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 05 |

| **Pago de Seguridad Social:**<br>(Persona Jurídica) | **Si**<br>**N/A** |
|---|---|
| Certificado expedido por el Representante legal | N/A |
| Certificado expedido por el Revisor fiscal | N/A |
| **Nota:** Si es persona natural se diligencia N/A | |

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los treinta (30 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

MARÍA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ
Profesional Universitario
**Supervisora**

Villavicencio, 30 de agosto de 2024

**CUENTA DE COBRO No. 02**

**GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO EL META**
NIT.: 892.000.148-8

DEBE A:

**CARLOS ALBERTO VELÁSQUEZ DÍAZ**
CC. 86.076.976 de Villavicencio

**LA SUMA DE:** Cuatro millones quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)

**OBJETO DEL CONTRATO**: Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.

**No. DE CONTRATO**: 1096 de 2024 Prestación de Servicios

**PERIODO**: Del 16/06/2024 al 15/07/2024.

**LUGAR DE EJECUCIÓN:** En el municipio de Villavicencio.

| Municipio | Valor Total |
|---|---|
| Villavicencio | $ 4.500.000 |
| **Total** | **$ 4.500.000** |

Atentamente,

**CARLOS ALBERTO VELÁSQUEZ DÍAZ**
CC. 86.076.976 de Villavicencio

***DIRECCIÓN: Carrera 47c # 10b-37 - CELULAR: 3203105288–***
***EMAIL: villavicenciodiaadia@gmail.com***

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 | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | META | VILLAVICENCIO | | 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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 28/08/2024 | 79637253 | $538.500 | |

## 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 | 225.000 | 0 | | 0 | | 0 | 41 | 6.900 | 0 | 231.900 | 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 (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 8.900 | 0 | 296.900 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.400 | | | | 9.400 | 41 | 300 | 9.700 | | | 94 | 9.700 | 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 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 41 | 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 | 225.000 | 231.900 |
| Pensión | 1 | 288.000 | 296.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 522.400 | 538.500 |

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 | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | META | VILLAVICENCIO | | 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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | 1 | 28/08/2024 | 79637253 | $538.500 | |

## 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 | 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 | 86076976 | VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | X | | | | | | | | | | 230201 | 1.800.000 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.800.000 | 225.000 | 14-23 | 1.800.000 | 1 | 9.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | META | VILLAVICENCIO | 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 28/08/2024 | 79751170 | $525.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 225.000 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.200 | 0 | 226.200 | 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 (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.500 | 0 | 289.500 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.400 | | | | 9.400 | 7 | 100 | 9.500 | | | 94 | 9.500 | 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 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 225.000 | 226.200 |
| Pensión | 1 | 288.000 | 289.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 522.400 | 525.200 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | META | VILLAVICENCIO | | 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 28/08/2024 | 79751170 | $525.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Trabajando | 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 | 86076976 | VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.800.000 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.800.000 | 225.000 | 14-23 | 1.800.000 | 1 | 9.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | META | VILLAVICENCIO | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 28/08/2024 | 79775649 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $522.400 | |

## 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 | 225.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 225.000 | 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 (ING.+ Proteccion) | 800229739-0 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 288.000 | 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 | 9.400 | | | | 9.400 | 0 | 0 | 9.400 | | | 94 | 9.400 | 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 | 225.000 | 225.000 |
| Pensión | 1 | 288.000 | 288.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 522.400 | 522.400 |

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 | 86076976 | CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ | Cra 47c #10b-37 | 6634730 | betovedi@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | META | VILLAVICENCIO | | 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 | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 28/08/2024 | 79775649 | $522.400 | |

## 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 | Extranjero | Inhabilitado | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | IRP | ACT | 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 | 86076976 | VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.800.000 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.800.000 | 225.000 | 14-23 | 1.800.000 | 1 | 9.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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