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

Fecha de elaboración del reconocimiento:	09/10/2024	Periodo de Pago:	Del	24/08/2024	Al	23/09/2024	
Contrato No. y Fecha:	CONTRATO NO. 1295 DEL 21 DE JUNIO DE 2024						
Contratista:	CARLOS ANDRES AYA PARRADO				c.c. o Nit.	86.064.930-2	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	003	

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 (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (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 (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (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 (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 (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (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) 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 (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 • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • 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) • 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):	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.300.000).**

Cordialmente,

Nombre:	NOEL ALBERTO OTALVARO SUAREZ	Nombre:	MARTHA SIRLEY ROMERO MORALES
Cargo:	Profesional Universitario Supervisor	Cargo:	Secretaria de Ambiente Ordenador del Gasto

15 OCT 2024

16 OCT 2024

Secop 7506 - 17.10.24

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-6	**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:

FORTALECIMIENTO DE ACCIONES PRIORITARIAS PARA LA ATENCIÓN, PROTECCIÓN Y BIENESTAR DE ANIMALES DOMÉSTICOS Y FAUNA SILVESTRE EN EL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500151**

Observaciones: Proyecto POAI-2024.

En la fecha 30 de abril de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE AMBIENTE*** 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 2. HAGAMOS GRANDE AL META CON SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL.	SECTOR 32: AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE.	3202 Programa 2. Hagamos Grande al Meta a través de la Conservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos El Meta un BIODepartamento	Componente Constitutivo: Recursos naturales y valoración de los servicios ecosistémicos del Departamento.	Meta 4. Impulsar y desarrollar una iniciativa de bienestar animal para el Departamento del Meta. .

1.Actividad o componente a ejecutar: *Campañas de esterilización, desparasitación, vacunación, y control de pulgas para animales en estado de vulnerabilidad de los diferentes municipios del Departamento del Meta..*
Objeto del gasto: *Adelantar campañas de esterilización, desparasitación y control sanitario a los felinos y caninos en estado de vulnerabilidad en el Departamento del Meta.* **Valor: $21.200.000,00**
Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion
Obras o actividades adicionales: NO
Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: **02 de mayo de 2024**

JEIMMY LISSED MOLANO MORENO
Gerente Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: Rigoberto Agudelo Turriago

icontec ISO 9001 icontec ISO 14001 icontec ISO 45001
D DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL

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

Contrato No. y Fecha:	No. 1295 DEL 21 DE JUNIO DE 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	CARLOS ANDRES AYA PARRADO	**NIT/C.C.**	86.064.930-2
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	NOEL ALBERTO OTALVARO SUAREZ	**C.C.**	86.044.225
Objeto: (Transcribir del contrato)			
ADELANTAR CAMPAÑAS DE ESTERILIZACIÒN, DESPARASITACIÒN Y CONTROL SANITARIO A LOS FELINOS Y CANINOS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**VEINTIÚN MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($21.200.000).**		
Término Inicial de Ejecución:	**CUATRO (4) MESES**		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	**24 de Junio de 2024**	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	**23 de Octubre de 2024**

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación **Adición** (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	**Tiempo de Modificación** (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 **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (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 **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
EL DEPARTAMENTO pagará a la contratista el valor de ejecución del contrato así: Cuatro (4) mensualidades vencidas cada una por un valor de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.300.000)**, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	No. 5879 del 21/06/2024	**Inversión**	(x	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.32.3202.0900.004.2.3.2.02.009-20				

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

Valor: (Letras y Números)	**VEINTIÚN MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($21.200.000).**

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. 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, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, 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.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. 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.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)
1. Presentar un Plan de Acción integrado que incluya actividades, tiempos e instrumentos de verificación. 2. Socializar la ordenanza 1119 del 12 de agosto de 2021 "Por medio de la cual se elaboran directrices para los lineamientos de la formulación de la Política Publica de Protección y Bienestar de los Animales en el Departamento del Meta" por lo menos en cinco municipios del departamento del Meta, promoviendo a su vez la creación y/o activación de las juntas defensoras de animales en el Departamento del Meta. 3. Articular con instituciones oficiales acciones para establecer la ruta de maltrato animal en por lo menos tres municipios del Departamento del Meta relacionados en el lugar de ejecución. 4. Promover acciones de bienestar animal en por lo menos tres campañas encaminadas principalmente a la realización de jornadas de esterilización, desparasitación y control de ectoparásitos en caninos y felinos. 5. Adelantar por lo menos dos campañas de adopción, visitas de seguimiento y/o control de caninos y felinos vinculados al programa de Bienestar Animal. 6. Realizar la atención de urgencias medico veterinarias cuando se requiera. 7. Apoyar el fortalecimiento de por lo menos tres estrategias educativas y culturales enfocados a la protección y bienestar de los animales domésticos y silvestres. 8. Adelantar actividades enmarcadas en la política de Bienestar animal en los municipios no relacionados en el lugar de ejecución, en donde se requiera el servicio previa autorización por escrito del Supervisor. 9. Realizar acompañamiento medico a tres hogares de paso o fundaciones cuando sea requerido.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	24/08/2024	Al	23/09/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	003

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)	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.300.000).**

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**
5879	0301-2.3.32.3202.0900.004.2.3.2.02.009-20	91131	$5.300.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$5.300.000

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 los Municipios de Villavicencio, Mapiripan, San Juanito, Cubarral, El Calvario, Granada, Lejanías, Puerto Concordia, Restrepo y en los municipios donde sea requerido la prestación del servicio.	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$ 4.946.666,67
Cumaral	$ 176.666,67

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-6	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

El castillo	$ 176.666,67
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$5.300.000,00**

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**	**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	$ -
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
Total	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 realizado	$5.300.000	24/06/2024	23/07/2024	25%
Segundo pago realizado	$5.300.000	24/07/2024	23/08/2024	25%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$5.300.000	24/08/2024	23/09/2024	25%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$5.300.000	24/09/2024	23/10/2024	25%
Valor Total del Contrato Inicial	$21.200.000	24/06/2024	23/10/2024	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**	
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
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. (Si no aplica diligenciar N/A)				

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

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	$21.200.000

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	AGOSTO DE 2024
Número de Planilla	79881452
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$2.120.000
Valor pagado a SALUD	$270.800
Valor pagado a PENSIÓN	$346.700
Valor pagado a ARL	$52.900
Valor pagado a FSP	N/A
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **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, el día nueve (09) del mes de Octubre de 2024.

Cordialmente,

NOEL ALBERTO OTALVARO SUAREZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Supervisor

CARLOS ANDRES AYA PARRADO
CC No. 86.064.930 DE VILLAVICENCIO
MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

CUENTA DE COBRO NUMERO 3

GOBERNACIÓN DEL META
NIT. 892.000.148-8

DEBE A:

CARLOS ANDRES AYA PARRADO
C.C. 86.064.930 DE VILLAVICENCIO

LA SUMA DE:

CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($5.300.000) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Tercer pago referente a las actividades realizadas durante el periodo entre el 24 de agosto al 23 de septiembre de 2024, de acuerdo al objeto contractual "ADELANTAR CAMPAÑAS DE ESTERILIZACIÒN, DESPARASITACIÒN Y CONTROL SANITARIO A LOS FELINOS Y CANINOS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL META", descrito en el contrato de prestación de servicios profesionales No. 1295 del 21 de junio de 2024. Por los servicios prestados en los municipios de Villavicencio, Cumaral y el Castillo.

Municipio	No. Días	Valor en Ejecución	Valor en Ejecución
Villavicencio	28	$ 176.666,67	$ 4.946.666,67
Cumaral	1	$ 176.666,67	$ 176.666,67
El Castillo	1	$ 176.666,67	$ 176.666,67
Total	30		**$ 5.300.000,00**

Se firma en Villavicencio, a los 09 días del mes de octubre de 2024.

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al sistema de seguridad social en salud y pensión correspondientes al mes agosto de 2024, no han sido tenidos en cuenta en ningún otro pago.



CARLOS ANDRES AYA PARRADO
C.C. 86.064.930 DE VILLAVICENCIO

Dirección: Calle 39 No 14B 02 B. Hierbabuena – Villavicencio (Meta)
Celular: 3114478237
Correo: carlosandresmvz2901@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	86064930	CARLOS ANDRES AYA PARRADO		CLL 39 # 14B-02 HIERBA BUENA	6663445	carlosandresmvz2901@gmail.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	09/10/2024	79881452	$670.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	265.000	0		0		0	30	5.800	0	270.800	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	339.200	0	0	0	0	30	7.500	0	346.700	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	51.700				51.700	30	1.200	52.900			517	52.900	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	30	0	0	0
ICBF				
0	30	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	265.000	270.800
Pensión	1	339.200	346.700
Riesgos Laborales	1	51.700	52.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	655.900	670.400

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	86064930	CARLOS ANDRES AYA PARRADO		CLL 39 # 14B-02 HIERBA BUENA	6563445	carlosandresmvz2901@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1– 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	1	09/10/2024	79881452	$670.400	

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	Estudiante	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	86064930	AYA PARRADO CARLOS ANDRES	59	0			N																	230201	2.120.000	339.200	0	0	0	0	EPS002	2.120.000	265.000	14-25	2.120.000	3	51.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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