

SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA

Fecha Presentación: 19/12/2024		Fecha Radicación: 20/12/2024		DOCUMENTO PAGADO	
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR					
No. de Contrato: 1307-2024 Año: 2024			Tipo de Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
Periodo del Informe: del 01/12/2024 Al 31/12/2024			Suspensión: del Al		
Nombre completo del Contratista: DEMETRIO ROMERO ANGELICA MARIA JENNIFER			Tipo de identificación: CC - No. 53076067		
Nombre completo del Contratista Cedente:			Tipo de identificación: C.C No.		
Número de Cuenta Bancaria: 550488420254580		Banco: DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta: CUENTA DE AHORROS	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GENERACIÓN DE MAPAS TEMÁTICOS, OPTIMIZAR PROCESOS GEOESPACIALES Y GEOGRÁFICOS EN EL MARCO DE LA ESTRUCTURACIÓN PARA ASIGNACIÓN DE SUBSIDIOS DE MEJORAMIENTOS DE VIVIENDA - MODALIDAD HABITABILIDAD EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT.					
Plazo Inicial Ejecución: Meses 5 Días 0		Fecha Inicio: 01/08/2024		Fecha Terminación Inicial: 31/12/2024	
Plazo Total de Ejecución: Meses 5 Días 0		Fecha Inicio: 01/08/2024		Fecha de Finalización: 31/12/2024	
Número de pagos pactados: 5		Pago No. 5 de 5			

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO											
Valor a Pagar en este Periodo:											
Valor antes del IVA:		7,300,000		Valor del IVA:		0		Valor a pagar:		7,300,000	
		CRP	Código presupuestal	Pagos realizados	Saldo del registro presupuestal	Valor a pagar por este rubro presupuestal		Saldo por pagar			
Valor Inicial Contrato			37,960,000	1589	O23011740012024022203044	29,200,000	8,760,000	7,300,000	1,460,000		
				Total pagado:		29,200,000		Saldo por pagar del contrato:		0	
Valor total del contrato (incluidas adiciones y reducciones)		37,960,000									
Valor a liberar (Si aplica)		1,460,000									

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA DURANTE EL PERIODO DE COBRO	
Obligación 1 : Elaborar la georreferenciación y actualización de las bases de datos geográficas requeridas en los procesos adelantados la secretaria distrital del hábitat en el marco de su objeto contractual.	
Actividad 1 Realicé el cargue de los barrios analizados para viabilidad SIG y actualización de la estructura de la base geográfica con la viabilidad SIG para MVH.	
Evidencia 1 base de datos geográfica en formato gdb	
Obligación 2 : Participar en la elaboración de cartografía y fichas temáticas requeridas por la subdirección de barrios de la secretaria distrital del hábitat.	
Actividad 1 Generé las fichas de concepto de previabilidad SIG con la información catastral actualizada para los 9 expedientes indicados por el equipo de estructuración el 3/12/2024	
Evidencia 1 9 fichas SIG en formato pdf	
Actividad 2 Generé las fichas de concepto de previabilidad SIG con la información catastral actualizada para los 10 expedientes indicados por el equipo de estructuración el 9/12/2024	
Evidencia 2 10 fichas SIG en formato pdf	
Obligación 3 : Participar en la generación de análisis geográficos, informes y optimización de los procesos geoespaciales adelantados por la subdirección de barrios de la secretaria distrital del hábitat.	
Actividad 1 Realicé la revisión de la información básica de identificación de localización, enviada por el equipo de ejecución para la radicación de los 12 hogares de la mesa 58 extraordinaria	
Evidencia 1 1 correo de respuesta en formato pdf	
Actividad 2 Realicé la revisión del diligenciamiento de la base de viabilidad SIG para generación de las fichas de concepto SIG, para los barrios San Blas y Buenos Aires en la localidad de San Cristóbal.	
Evidencia 2 1 correo de respuesta en formato pdf	
Actividad 3 Realicé la búsqueda en la información geográfica catastral actualizada al 2014 de los 231 hogares listados en la solicitud de fichas SIG realizada por el grupo de estructuración el 4/12/2024	
Evidencia 3 1 archivo en formato Excel	
Actividad 4 Realicé la revisión de la información básica de identificación de localización, enviada por el equipo de ejecución para la radicación de los 9 hogares de la mesa 59	
Evidencia 4 1 correo de respuesta en formato pdf	
Actividad 5 Realicé la revisión de la información básica de identificación de localización, enviada por el equipo de ejecución para la radicación de los 13 hogares de la mesa 60	
Evidencia 5 1 correo de respuesta en formato pdf	
Actividad 6 Realicé la trazabilidad con las revisiones realizadas a las tablas de Excel de ejecución de MVH y caracterización social de MVH, en los meses de noviembre y diciembre.	
Evidencia 6 1 correo de respuesta en formato pdf	

Actividad 7 Realicé la revisión de la matriz de caracterización social enviada el 5/12/2024, verificando la estructura y la correspondencia de los datos, generando unas observaciones generales y algunas específicas. Evidencia 7 1 correo de respuesta en formato pdf
Actividad 8 Apoyé en el ajuste de la base de datos de ejecución de MVH, verificando la correcta estructura, correspondencia y coherencia de los datos. Evidencia 8 1 archivo en formato excel
Actividad 9 Apoyé en el ajuste de la base de datos de caracterización social de MVH, verificando la correcta estructura, correspondencia y coherencia de los datos. Evidencia 9 1 archivo en formato excel
Actividad 10 Realicé la revisión de la matriz de estructuración para MVH, verificando la estructura y la correspondencia de los datos. Evidencia 10 1 correo de respuesta en formato pdf
Obligación 4 : Asistir a las reuniones que sean asignadas por parte del supervisor del contrato, en el marco del objeto contractual.
Actividad 1 Asistí a la reunión en persona matrices de seguimiento, el martes 03/12/2024 de 9:00 a 11:00 Evidencia 1 teams Actividad 2 Asistí a la reunión virtual para revisión insumos previabilidad SIG - avanzadas, el miércoles 04/12/2024 de 10:30 a 11:00 Evidencia 2 Teams Actividad 3 Asistí a la reunión virtual para seguimiento actividades SIG - MV, el miércoles 04/12/2024 de 16:30 a 17:00 Evidencia 3 Teams Actividad 4 Asistí a la reunión virtual para revisión Avalúos 2024 MV, el jueves 05/12/2024 de 9:00 a 10:00 Evidencia 4 Teams Actividad 5 Asistí a la reunión virtual para revisión de los ajustes en avalúos actualizados, el viernes 06/12/2024 de 8:45 a 10:30 Evidencia 5 Teams Actividad 6 Asistí a la reunión virtual para revisión de actividades SIG Vivienda, el lunes 09/12/2024 de 16:00 a 17:00 Evidencia 6 Teams Actividad 7 Asistí a la reunión presencial para la revisión GDB Ejecución y Caracterización MV, el jueves 12/12/2024 de 16:30 a 17:00 Evidencia 7 Teams Actividad 8 Asistí a la reunión virtual para revisión información empalme vivienda, el viernes 13/12/2024 de 14:30 a 15:30 Evidencia 8 Teams Actividad 9 Asistí a la reunión virtual para verificación del módulo VUC-MV, el miércoles 18/12/2024 de 10:00 a 11:00 Evidencia 9 Teams Actividad 10 Asistí a la reunión virtual para seguimiento actividades SIG - Mejoramiento de Vivienda, el lunes 23/12/2024 de 10:00 a 11:00 Evidencia 10 Teams
Obligación 5 : Gestionar oportunamente los trámites, documentos o asignaciones que le sean realizadas a través de los diferentes aplicativos institucionales, manteniendo actualizadas sus bandejas en cada uno de ellos, particularmente en el sistema de gestión documental siga.
Actividad 1 Esta actividad no fue solicitada en el presente periodo Evidencia 1 No aplica
Obligación 6 : Hacer parte de los comités evaluadores de los procesos que le sean designados por el ordenador del gasto.
Actividad 1 Esta actividad no fue solicitada en el presente periodo Evidencia 1 No aplica
Obligación 7 : Cargar mensualmente en “documentos de ejecución” del contrato electrónico en la plataforma SECOP II, las evidencias del cumplimiento de sus obligaciones.
Actividad 1 "Cargué en el aplicativo del SECOP II las evidencias correspondientes. Mecanismo de verificación en la plataforma SECOP II " Evidencia 1 https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractDetailView/Index?UniquelIdentifier=CO1.PCCNTR.6572257&IsFromContractNotice=True&ShowSpreadsheets=False&isModal=true&asPopUpView=true#GenericContractInformation

SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA

Actividad 2

Link carpeta compartida (SharePoint) con los productos entregados los cuales soportan la ejecución de las obligaciones contractuales

Evidencia 2

https://sdht-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lina_gonzalezb_habitatbogota_gov_co/Eq-l3mdxCdtlvLx_leSOzylB3zcQENzQPVe8ozJiCrCM7Q?e=UmBq5a

Obligación 8 : Entregar al finalizar el contrato un informe final y un backup con toda la información adelantada durante la ejecución del mismo

Actividad 1

Realicé el informe final y el soporte con las actividades realizadas durante la ejecución del contrato, en el formato solicitado

Evidencia 1

1 archivo en formato excel y una carpeta en formato .zip

Obligación 9 : Las demás que sean asignadas por el supervisor, para el cumplimiento del objeto contractual.

Actividad 1

Apoyé en el análisis de la nueva resolución para "Reglamento Operativo para el otorgamiento, asignación y ejecución de subsidios de vivienda en la modalidad de mejoramiento" dentro del proceso que se ha venido realizando para la viabilidad SIG para MVH

Evidencia 1

Correo de respuesta en formato pdf

PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO DEL PRESENTE INFORME		
PRODUCTO ENTREGADO	FECHA ENTREGA PRODUCTO	MECANISMO DE VERIFICACION
Archivo con los productos realizados durante la ejecución de actividades.	31/12/2024	https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractDetailView/Index?UniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.6572257&IsFromContractNotice=True&ShowSpreadsheets=False&isModal=true&asPopupView=true#GenericContractInformation

DECLARACIÓN JURAMENTADA

De acuerdo con el Artículo 330 del Estatuto Tributario Nacional Usted cumple con algunos de los siguientes requisitos para ser categorizado en la cédula tributaria:

	SI	NO	INFORMACIÓN ADICIONAL
Rentas de Trabajo (ART. 383 Estatuto Tributario. Por Contrato de Prestación de Servicios Profesionales o Apoyo)	X		
Rentas no laborales (ART 392-401 Estatuto Tributario. Por Costos y Deducciones - Retención 10% Profesionales, 6% Apoyo)		X	
Es usted responsable de IVA		X	
Pertenece al régimen de tributación simple.		X	
¿Tiene dependientes a su cargo?		X	
¿Es usted facturador electrónico?		X	
¿Realizó pagos por intereses de vivienda en el año inmediatamente anterior?		X	
¿Realizó pagos por Medicina Prepagada o Plan Complementario en el año inmediatamente anterior?		X	
¿Efectúa pagos de Pensiones Voluntarias? De ser así en observaciones indique el valor mensual (Anexar copia del pago correspondiente)		X	
Es responsable de declaración de renta, año inmediatamente anterior?	X		
Para el año inmediatamente anterior y el año en curso, por favor mencione que contratos ha suscrito con el sector público y/o sector privado. De ser así en observaciones indique: Entidad (es) con la (s) que tiene suscrito (s) los otros contratos, valor total del contrato y año de la suscripción de cada uno	X		SDHT- 83.950.000 -2023, SDHT- 20.683.333 -2024, IGAC- 63.536.683 - 2024
Efectúa pagos en una cuenta AFC? De ser así, en observaciones indique: Entidad de la cuenta, Número de cuenta, valor mensual y anexe el correspondiente certificado de pago.		X	
¿Tiene alguna sanción o embargo?		X	
¿El pago de la ARL es asumido por la Secretaría Distrital del Hábitat? (por favor indique el nivel de riesgo)		X	riesgo 1
¿Es usted pensionado?		X	
¿Manifiesta bajo la gravedad de juramento que no tomará costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral?	X		

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

Yo , en mi calidad de contratista de la SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de salud, pensión y ARL corresponden a los ingresos provenientes del contrato objeto del pago sujeto a retención.

En este sentido, si realizo los aportes al sistema de seguridad social al día, se podrán tomar para disminuir la base de Retención en la Fuente de Renta y/o del impuesto de Industria y Comercio; sin embargo, si realizo los pagos al sistema de seguridad social de manera vencida, no podrán tenerse en cuenta para tal fin, de acuerdo con las disposiciones de la SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT.

El pago de aportes de seguridad social del mes de DICIEMBRE de 2024, adjunto a la presente cuenta de cobro se realizó con:

el número o referencia de planilla 82760404 , Número de Planilla Adicional 82458828 del Mes de DICIEMBRE de 2024

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA SUPERVISIÓN

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO OBJETO DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO, CERTIFICA QUE LOS PRODUCTOS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS, ENTREGADAS E INFORMADAS POR EL CONTRATISTA, CUMPLEN CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, LAS CUALES HAN SIDO VERIFICADAS POR:

DEMETRIO ROMERO ANGELICA

Firma del Contratista

Nombre del Supervisor	Cargo del Supervisor	Área del Supervisor	Firma
ALVAREZ HERNANDEZ CATHERIN ANDREA	ENLACE DE APOYO	SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT DE BOGOTÁ	APROBADO
ALIPIO PEDREROS LAURA VALENTIVA	ENLACE DE APOYO	SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT DE BOGOTÁ	APROBADO
GONZALEZ BOTERO LINA MARIA	SUPERVISOR DEL CONTRATO	SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT DE BOGOTÁ	APROBADO

SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA

(por favor adjunte copia de la planilla, la Subdirección Financiera revisará la veracidad de la información aportada por el contratista. En caso que usted diligencie mal el número de la planilla o reporte el pago de un periodo diferente al aquí cobrado o calculado por un valor inferior al reglamentario, su cuenta no será tramitada).

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82458828	18/12/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2024-12	2024-12	N	19/12/2024	82760404	\$470.200

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.500	0		0		0	0	0	0	202.500	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	259.200	0	0	0	0	0	0		259.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	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	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	202.500	202.500
Pensión	1	259.200	259.200
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	470.200	470.200

AngelicaDemetrioRomero

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
82458828	18/12/2024				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	19/12/2024	82760404	\$470,200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	53076067	DEMETRIO ROMERO ANGELICA MARIA JENNIFER	59	0			N																		230301	2.920.000	467.200	0	0	0	0	EPS017	2.920.000	365.000	14-23	2.920.000	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

AngelicaDemetrioRomero

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82458828	TOTAL A PAGAR \$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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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

AngelicaDemetrioRomero

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82458828	\$377.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	53076067	DEMETRIO ROMERO ANGELICA MARIA JENNIFER				59	0		N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

AngelicaDemetrioRomero

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
81650430	08/11/2024				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82458570	\$470.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.500	0		0		0	0	0	0	202.500	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	259.200	0	0	0	0	0	0		259.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	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	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	202.500	202.500
Pensión	1	259.200	259.200
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	470.200	470.200

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81650430	08/11/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82458570	\$470.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	53076067	DEMETRIO ROMERO ANGELICA MARIA JENNIFER	59	0			N																		230301	2.920.000	467.200	0	0	0	0	EPS017	2.920.000	365.000	14-23	2.920.000	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

AngelicaDemetrioRomero

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	08/11/2024	81650430	\$377.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53076067	ANGELICA MARIA JENNIFER DEMETRIO ROMERO		carrera 56 # 57b - 58 apto 301	3015920845	angelica.demetrio.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	08/11/2024	81650430	\$377.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	53076067	DEMETRIO ROMERO ANGELICA MARIA JENNIFER	59	0			N																		230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

AngelicaDemetrioRomero