

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMAT CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS			
NÚMERO DE CÉDULA	11,228,129		
NOMBRE	DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN		
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES		
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ		

INFORMACION CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-066-2025	VIGENCIA	DESDE	3	ABRIL 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10,000,000.00		HASTA	2	MAYO 2025

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO			PRÓRROGA HASTA	DÍA	MES AÑO
VALOR CEDIDO			FECHA CEDIDO	DÍA	MES AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO	
	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 10,000,000.00	TERMINACIÓN ANTICIPADA		DÍA	MES AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN			
TIPO DE GASTO	INVERSION	NÚMERO DE CDP	325
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02	NÚMERO DE RP	13425

INFORMACIÓN PARA PAGO				
NÚMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 10,000,000.00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 10,000,000.00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTI	\$ 10,000,000.00
SALDO POR PAGAR	\$0.00

BASE GRAVABLE	\$ 0.00
IVA	\$ 0.00
TOTAL	\$ 0.00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (	\$ 640,000.00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 500,000.00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 20,900.00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (	\$ 0.00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	ITAU CORPBANCA COLOMBIA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	040221913

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

- Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
- En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
- De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
- En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
- De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
SERGIO ANDRÉS MENDOZA JAIMES	SUPERVISOR	SUBDIRECCION DE DESARROLLO Y SCD

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

FIRMA: SERGIO ANDRÉS MENDOZA JAIMES

Revisó: Carlos Andrés Corredor - Analista y Gestor Administrativo
Aprobó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



Fecha de expedición del documento: Mayo 2025
Nombre: Denis Fernando Montealegre Beltran
Nº contrato: AND-066-2025
Fecha de inicio: 3 de Abril de 2025
Fecha de terminación: 2 de Mayo del 2025
Período de pago: 3 de Abril de 2025 al 2 de Mayo del 2025
Nº de pago y/o factura: 01
Objeto Contractual: Prestar, por sus propios medios y con plena autonomía técnica, como Estructurador de Proyectos, para diseñar y planificar la propuesta técnica del proyecto asignado por el supervisor, considerando los posibles riesgos que puedan presentarse durante su ejecución.
Supervisor: Sergio Andrés Mendoza Jaimes

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Presentar la propuesta técnica inicial, considerando las limitaciones de tiempo, presupuesto, los recursos disponibles y posibles riesgos técnicos para garantizar la viabilidad y el éxito del proyecto.	Se estructuró el documento técnico anexo 1 operación soporte y seguridad y documento aliados.	Obligación 1
02	Estructurar la propuesta técnica final del Convenio de SCD con MinTIC, asegurando que los requisitos estén claramente definidos y cumplan con las expectativas, con un plazo máximo de un mes o hasta recibir la conformidad del supervisor sobre el documento entregado.	Se apoyó con la estructuración de la propuesta técnica anexo1 con los entregables requeridos.	Obligación 2

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
03	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual	Se gestionan y atienden las respectivas reuniones del periodo. Se realizó mesa de trabajo propuesta seguridad Medellín	Gestión y reuniones atendidas.docx Fortalecimiento gestión de seguridad Medellin.docx

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
Abril	86305325
Mayo	86422620

Presentó:

Firma Contratista
DENIS FERNANDO MONTEALEGRE B

Aprobó

Firma Supervisor
SERGIO ANDRES MENDOZA JAIMES
(A cargo de actividades de supervisión de la subdirección de Desarrollo y SCD)

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Analista y Gestor Administrativo
Aprobó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

I. IDENTIFICACION DEL CONTRATO

Número del Contrato:	<i>AND-066-2025</i>
Nombre del Contratista:	<i>Denis Fernando Montealegre Beltran</i>
Número de Identificación:	<i>11228129</i>
Fecha de Inicio:	<i>3/04/2025</i>
Fecha de Terminación:	<i>2/05/2025</i>
Objeto del Contrato:	<i>Prestar, por sus propios medios y con plena autonomía técnica, como Estructurador de Proyectos, para diseñar y planificar la propuesta técnica del proyecto asignado por el supervisor, considerando los posibles riesgos que puedan presentarse durante su ejecución.</i>
No. CDP:	<i>325</i>
No. RP:	<i>13425</i>
Periodo que Comprende el Informe	<i>3 de abril de 2025 al 2 de mayo de 2025</i>
Nombre Supervisor:	<i>SERGIO ANDRES MENDOZA JAIMES</i>
Cargo Supervisor:	<i>Supervisor (A cargo de actividades de supervisión de la subdirección de Desarrollo y SCD)</i>

II. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

Teniendo en cuenta la cláusula “2.3 ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA”, a continuación, me permito enumerar una a una con su respectiva ejecución y evidencia para validación y previa aprobación por parte de la supervisión:

OBLIGACIONES	Actividad Realizada	Enlace Sharepoint /One Drive
1. Presentar la propuesta técnica inicial, considerando las limitaciones de tiempo, presupuesto, los recursos disponibles y posibles riesgos técnicos para garantizar la viabilidad y el éxito del proyecto.	Se estructuró el documento técnico anexo 1 operación soporte y seguridad y documento aliados.	Obligación 1
2. Estructurar la propuesta técnica final del Convenio de SCD con MinTIC, asegurando que los requisitos estén claramente definidos y cumplan con las expectativas, con un plazo máximo de un mes o hasta recibir la conformidad del supervisor sobre el documento entregado. Estructurar la propuesta técnica final del Convenio de SCD con MinTIC, asegurando que los requisitos estén claramente definidos y cumplan con las expectativas, con un plazo máximo de un mes o hasta recibir la conformidad del supervisor sobre el documento entregado.	Se apoyó con la estructuración de la propuesta técnica anexo1 con los entregables requeridos.	Obligación 2
3. Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que	Se gestionan y atienden las respectivas reuniones del periodo.	Gestión reuniones atendidas.docx y

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME FINAL DE ACTIVIDADES
Versión: 1
CT.FT.23



tenga relación directa con su objeto contractual	Se realizó mesa de trabajo propuesta seguridad Medellín	Fortalecimiento gestión de seguridad Medellin.docx
--	---	--

III. EJECUCIÓN FINANCIERA

BALANCE DEL CONTRATO	
Valor Inicial del Contrato:	\$ 10.000.000
Valor Adicionado:	\$ 0
Valor Total del Contrato:	\$ 10.000.000
Valor Total Ejecutado:	\$ 10.000.000
Valor Pagado Al contratista:	\$ 10.000.000
Saldo por Pagar al Contratista:	\$ 0
Porcentaje de Ejecución Financiera:	100%
Valor a Liberar Presupuestalmente:	\$ 0

Se expide, a los ocho (8) días del mes de mayo del año dos mil veinticinco (2025)

Firma Contratista
DENIS FERNANDO MONTEALEGRE B.

Firma Supervisor
SERGIO ANDRES MENDOZA JAIMES
(A cargo de actividades de supervisión de la Subdirección de Desarrollo y SCD)

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Analista y Gestor Administrativo
Aprobó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Bogotá D.C., 8 de mayo de 2025

Señores

CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL

Ciudad

Yo Denis Fernando Montealegre Beltran, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 11228129 Empleado () Contratista (X), de la Subdirección de Desarrollo y SCD con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
x	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente ⁽²⁾ - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

⁽²⁾ Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Número de anexos: 1

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.

Firma
C.C. 11228129

QUIP 1145924284

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 40549304
Serial

de la oficina de registro - Oficina de oficina

Notaría ☐ Notario ☒ Número 713 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D Y

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

del Inscrito

MONTEALEGRE

JIMENEZ

Segundo Apellido

SARA SOFIA

2007

ABR

20

EMENINO

R

POSITIVO

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de Nacimiento
A 7937082

de la madre

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ OSPINA LAURA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1,032,390,023 de BOGOTA

Nacionalidad
COLOMBIANA

del padre

Apellidos y nombres completos

MONTEALEGRE BELTRAN DENIS FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 11,228,129 de GIRARDOT

Nacionalidad
COLOMBIANA

del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTEALEGRE BELTRAN DENIS FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 11,228,129 de GIRARDOT

primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2007 Mes ABR Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTOR ALBERTO MAYA GARCIA

Nombre y firma

Porcentaje de pago

Nombre y firma del funcionario que recibe el pago

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NOTARIA DELEGADA TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
PAPEL COMÚN, ARTICULO 115, DECRETO
1260 DE 1.970

BOGOTA D.C. 3

MAYO 2011

Vista 13

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11228129	DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN		carrera 85l 63f 29	3005555005	defemobe0728@hotmail.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
2025-04	2025-04	I	05/05/2025	86305325	TOTAL A PAGAR
					\$1.160.900

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	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	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.160.900	1.160.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11228129	DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN		carrera 85l 63f 29	3005555005	defemobe0728@hotmail.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	05/05/2025	86305325	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.160.900

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	11228129	MONTEALEGRE BELTRAN DENIS FERNANDO				59	0		N																			230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11228129	DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN		carrera 85l 63f 29	3005555005	defemobe0728@hotmail.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
2025-05	2025-05	I	07/05/2025	86422620	TOTAL A PAGAR \$77.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	33.400	0		0		0	0	0	0	33.400	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	42.700	0	0	0	0	0	0		42.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.400				1.400	0	0	1.400			14	1.400	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	33.400	33.400
Pensión	1	42.700	42.700
Riesgos Laborales	1	1.400	1.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	77.500	77.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11228129	DENIS FERNANDO MONTEALEGRE BELTRAN		carrera 85l 63f 29	3005555005	defemobe0728@hotmail.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
2025-05	2025-05	I	07/05/2025	86422620	10
					TOTAL A PAGAR
					\$77.500

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 exterior	Columna interior	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	11228129	MONTEALEGRE BELTRAN DENIS FERNANDO	59	0					N	X	X															230301	266.667	42.700	0	0	0	0	EPS008	266.667	33.400	14-11	266.667	1	1.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA