FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

FECHA DE ELABORACION

ENTIDAD CONTRATANTE FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTRATO DE OBRA No: COP-452-2023

CONTRATISTA: CONSORCIO GHW SUMAPAZ

OBJETO:

PERIODO DE COTIZACION APORTES ene-24

TOTAL DIAS APORTADOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	Vr. H/M	DEDICACIÓN MES	INGRESO MENSUAL	Factor Prestacional:	Indice Base Cotización (I.B.C.)	1. SEGURIDAD SOCIAL			TOTAL	3. PLANILLA NUMERO Y OPERADOR	4. APORTANTE
									ARL	EPS	PENSION			
1	HAROLD MARIN MUÑOZ	86,057,972	DIRECTOR		25%				$ 121,800.00	$ 625,000.00	$ 800,000.00		9464257864 (APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE RIESGO 3
2	JORGE PIZA BECERRA	1,022,331,204	RESIDENTE DE OBRA		100%			$ 1,300,000.00	$ 78,500.00	$ 162,500.00	$ 208,000.00	$ 449,000.00	74097406 (MI PLANILLA COMPENSAR) 9464328001 (PAGO DE ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR)
3	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	3,563,338	HIDRÁULICO		20%			$ 5,500,000.00	$ 382,800.00	$ 687,500.00	$ 1,485,000.00	$ 2,555,300.00	9463782757 (APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE (RIESGO 5)
4	JOHANNA PATRICIA RAMÍREZ BENAVIDES	53,115,646	SOCIAL		30%			$ 1,300,000.00	$ 78,500.00	$ 162,500.00	$ 208,000.00	$ 449,000.00	74292695 (MI PLANILLA COMPENSAR) 9464328001 (PAGO DE ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR)
5	JESSICA LORENA RAMÍREZ BENAVIDES	1,013,606,685	SST- AMBIENTAL		30%			$ 1,300,000.00	$ 78,500.00	$ 162,500.00	$ 208,000.00	$ 449,000.00	74581008 (MI PLANILLA COMPENSAR) 9464328001 (PAGO DE ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR)
TOTAL COSTOS DE PERSONAL PRESENTE MES						-			$ 740,100.00	$ 1,800,000.00	$ 2,909,000.00	$ 10,898,200.00		

NOTA 1: LA COLUMNA INGRESO MENSUAL CORRESPONDE AL VALOR NETO MENSUAL OFERTADO EN LA PROPUESTA ECONOMICA Y DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE DEDICACION MENSUAL

Firma

Nombre: JULIAN DUARTE VILLAMIL
R.L CONSORCIO INTER 1 - INTERVENTORIA

Firma

Nombre: GUIDO OMAR MAYA DURANGO
R.L CONSORCIO GHW SUMAPAZ

ESTEFANIA SALDARRIAGA MENESES
Contadora Pública – Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid
Asesoría en asuntos contables y tributarios
Experta en Propiedad Horizontal

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL
DE
CONSORCIO GHW SUMAPAZ

NIT. 901.768.486-0

CERTIFICA QUE:

Todo el personal que se encuentra en nómina directa para CONSORCIO GHW SUMAPAZ y los cuales laboran bajo el contrato de obra COP-452-2023 cuyo objeto es "CONTRATAR LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACIÓN, MEJORAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES PROVENIENTES DE LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ, BOGOTÁ D.C.", se encuentran debidamente contratados y con su respectivo contrato como lo indica la Ley, además se encuentran al día con el pago de nómina y están afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensiones, aportes parafiscales y riesgos profesionales) realizando los pagos en la fecha indicada por la Ley.

Que la empresa ha cumplido durante los seis meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a paz y salvo con las empresas Promotoras de Salud - EPS, Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías - AFP, Administradores de Riesgos Profesionales - ARP, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, de la totalidad del personal que se tiene por nomina directa. Esta certificación es emitida el día 04 de MARZO del 2024, para uso exclusivo de la Administración de la Compañía.

Guido Omar Maya Durango
Representante Legal
Consorcio GHW SUMAPAZ

Estefania Saldarriaga Meneses
Revisora Fiscal

CARRERA 57A # 25 - 39 CONTACTO 3006457214
CORREO: CONTABILIDADPH05@GMAIL.COM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	485689972	9463782757	I	2024/02/09	2024/03/01	BANCOLOMBIA	21	$2,603,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0
1	CC	3563338 MAYA GUIDO	230301	30	$5,500,000	$1,485,000	EPS037	30	$5,500,000	$687,500		0	$0	$0	14-23	30	$5,500,000	$382,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,500,000	$1,485,000			$5,500,000	$687,500			$0	$0			$5,500,000	$382,800		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	485689972	9463782757	I	2024/02/09	2024/03/01	BANCOLOMBIA	21	$2,603,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,485,000	$28,200	$0	$1,513,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,485,000	$28,200	$0	$1,513,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$382,800	$7,300	$0	$390,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$382,800	$7,300	$0	$390,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$687,500	$13,000	$0	$700,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$687,500	$13,000	$0	$700,500
TOTAL				**1**	**$2,555,300**	**$48,500**	**$0**	**$2,603,800**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado con **CC** número **1022331204**, aportó en nombre de **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado(a) con **CC** número **1022331204** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-02** y salud **2024-02** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
230301	Porvenir															0		30	$1.300.000	$208.000	$0	$0	Febrero - 2024	74869929	04/03/2024	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$1.300.000	$162.500	$0	$0	Febrero - 2024	74869929	04/03/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 2 días del mes Marzo de 2024

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	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74292695	$377.800	

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	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	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	1	200	0	208.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	1	100	6.900			68	6.900	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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74292695	$377.800	

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	Estornado	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	53116646	RAMIREZ BENAVIDES JOHANNA PATRICIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	07/02/2024	74581008	$378.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	0	0	7.800	1

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	0	0	0
CCF	1	7.800	7.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	378.300	378.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-01	2024-01	I	07/02/2024	74581008	$378.300	

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**	**Estornado**	**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	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	3	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0	CCF24	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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