FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

FECHA DE ELABORACION: 15/10/2024

ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTRATO DE OBRA No: COP-452-2023

CONTRATISTA: CONSORCIO GHW SUMAPAZ

OBJETO:

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

PERIODO DE COTIZACION APORTES: ago-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	$ 9,207,450.00	25%	$ 2,301,862.50	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 3,000,000.00	$ 208,800.00	$ 375,000.00	$ 480,000.00	$ 1,063,800.00	9472224051 APORTES EN LINEA	INDEPENDIENTE RIESGO 5.
2	JORGE PIZA BECERRA	1,022,331,204	RESIDENTE DE OBRA	$ 6,578,003.00	100%	$ 6,578,003.00	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 2,631,300.00	$ 183,200.00	$ 329,000.00	$ 421,100.00	$ 933,300.00	79578475 (MI PLANILLA COMPENSAR) 9473396996 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $2.631.000)
3	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	3,563,338	HIDRÁULICO	$ 6,578,003.00	20%	$ 1,315,600.60	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 4,500,000.00	$ 313,200.00	$ 562,500.00	$ 1,170,000.00	$ 2,045,700.00	9471798955 APORTES EN LINEA	INDEPENDIENTE RIESGO 5
4	JOHANNA PATRICIA RAMÍREZ BENAVIDES	53,115,646	SOCIAL	$ 6,578,003.00	30%	$ 1,973,400.90	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 1,820,000.00	$ 126,700.00	$ 227,500.00	$ 291,200.00	$ 645,400.00	80552136 MI PLANILLA COMPENSAR 9473396996 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $1.820.000)
5	JESSICA LORENA RAMÍREZ BENAVIDES	1,013,606,685	SST- AMBIENTAL	$ 6,578,003.00	30%	$ 1,973,400.90	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 1,520,000.00	$ 97,500.00	$ 190,000.00	$ 243,200.00	$ 530,700.00	80076527 MI PLANILLA COMPENSAR 9473396996 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $1.400.000)
TOTAL COSTOS DE PERSONAL PRESENTE MES						14,142,268			$ 929,400.00	$ 1,684,000.00	$ 2,605,500.00	$ 5,218,900.00		

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	977873668	9472224051	I	2024/09/17	2024/10/15	NEQUI	28	$1,085,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
Centro de Trabajo: DISEÑO (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
1	CC	86057972 MARIN HAROLD																		25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS037	30	$3,000,000	$375,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	0	$0	$0	No	$1,063,800
Total		**Afiliados(1)**																				$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	977873668	9472224051	I	2024/09/17	2024/10/15	NEQUI	28	$1,085,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$480,000	$9,800	$0	$489,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$480,000	$9,800	$0	$489,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,800	$4,300	$0	$213,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$208,800	$4,300	$0	$213,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$375,000	$7,600	$0	$382,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$375,000	$7,600	$0	$382,600
TOTAL				**1**	**$1,063,800**	**$21,700**	**$0**	**$1,085,500**

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	1022331204	JORGE ANDRES PIZA BECERRA	Cra 40b # 1h-45	6018027904	ingpiza87@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	03/09/2024	79578475	$750.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	329.000	0		0		0	0	0	0	329.000	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	421.100	0	0	0	0	0	0		421.100	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

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	329.000	329.000
Pensión	1	421.100	421.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	750.100	750.100

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	1022331204	JORGE ANDRES PIZA BECERRA		Cra 40b # 1h-45	6018027904	ingpiza87@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	03/09/2024	79578475	$750.100	

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	1022331204	PIZA BECERRA JORGE ANDRES	3	0			N																	230301	2.631.300	421.100	0	0	0	0	EPS005	2.631.300	329.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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
2024-08	2024-08	919104924	9471798955	I	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$2,056,400

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)					$4,500,000	$1,170,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$313,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,500,000	$1,170,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$313,200		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$4,500,000	$1,170,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$313,200		$0	$0
1	CC 3563338	MAYA GUIDO	230301	30	$4,500,000	$1,170,000	EPS037	30	$4,500,000	$562,500		0	$0	$0	14-23	30	$4,500,000	$313,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$4,500,000	$1,170,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$313,200		$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
2024-08	2024-08	919104924	9471798955	I	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$2,056,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,170,000	$6,100	$0	$1,176,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,170,000	$6,100	$0	$1,176,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$313,200	$1,700	$0	$314,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$313,200	$1,700	$0	$314,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$562,500	$2,900	$0	$565,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$562,500	$2,900	$0	$565,400
TOTAL				**1**	**$2,045,700**	**$10,700**	**$0**	**$2,056,400**

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	
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80552136	$518.700	

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	227.500	0		0		0	0	0	0	227.500	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	291.200	0	0	0	0	0	0		291.200	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										

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	227.500	227.500
Pensión	1	291.200	291.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	518.700	518.700

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**	
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80552136	$518.700	

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	3	0			N																			230301	1.820.000	291.200	0	0	0	0	EPS002	1.820.000	227.500		0		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.		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	12/09/2024	80076527	$442.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	190.000	0		0		0	0	0	0	190.000	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	243.200	0	0	0	0	0	0		243.200	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.200	0	0	9.200	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	190.000	190.000
Pensión	1	243.200	243.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	9.200	9.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	442.400	442.400

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**
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.	

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	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-08	2024-08	I	12/09/2024	80076527	$442.400	

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**	**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	1.520.000	243.200	0	0	0	0	EPS008	1.520.000	190.000		0		0	CCF24	1.520.000	9.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUMAPAZ	ERONES CONTRATO 2022	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102409722	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	919112243	9473396996	Y	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$427,900

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: SUMAPAZ (6 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,111,301	$425,700		$0	$0
Centro de Trabajo: BOGOTA (6 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,111,301	$425,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,111,301	$425,700		$0	$0
1	CC	1120571622	GARZON ROGER		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	2	$86,667	$6,100	0	$0	$0
2	CC	79938072	JIMENEZ FABIO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	2	$86,667	$6,100	0	$0	$0
3	CC	1022331204	PIZA JORGE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$2,631,300	$183,200	0	$0	$0
4	CC	1013606685	RAMIREZ JESSICA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,400,000	$97,500	0	$0	$0
5	CC	53116646	RAMIREZ JOHANNA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	30	$1,820,000	$126,700	0	$0	$0
6	CC	1081905205	TERAN MADINSON		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	2	$86,667	$6,100	0	$0	$0
Total			**Afiliados(6)**			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$6,111,301	$425,700		$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	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUMAPAZ	ERONES CONTRATO 2022	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102409722	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	919112243	9473396996	Y	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$427,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$425,700	$2,200	$0	$427,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$425,700	$2,200	$0	$427,900
TOTAL				**6**	**$425,700**	**$2,200**	**$0**	**$427,900**

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	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUMAPAZ	ERONES CONTRATO 2022	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102409722	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	919135960	9473397078	E	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$2,469,200

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: SUMAPAZ (9 Afiliados)						$7,930,002	$1,269,000			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$552,300		$0	$0
Centro de Trabajo: BOGOTA (9 Afiliados)						$7,930,002	$1,269,000			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$552,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)						$7,930,002	$1,269,000			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$552,300		$0	$0
1	CC	79632678	BAQUERO JAVIER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
2	CC	7633277	BARON BENEDICTO	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	1002708788	CABALLERO ELKIN	230301	1	$43,334	$7,000	EPS041	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-23	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0
4	CC	6336168	CARABALI TITO	25-14	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-23	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0
5	CC	1115194646	DIAZ ANDRES	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
6	CC	18221883	GALEANO JHON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
7	CC	1123160036	MONROY FERSIS	230301	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-23	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0
8	CC	79519548	TORRES ABELARDO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
9	CC	1120576797	VILLAQUIRAN JOSE	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(9)**			$7,930,002	$1,269,000			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$317,400			$7,930,002	$552,300		$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	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUMAPAZ	ERONES CONTRATO 2022	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102409722	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	919135960	9473397078	E	2024/09/10	2024/09/17	BANCOLOMBIA	7	$2,469,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$1,269,000	$6,700	$0	$1,275,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$416,000	$2,200	$0	$418,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,000	$100	$0	$7,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$846,000	$4,400	$0	$850,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$552,300	$2,900	$0	$555,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$552,300	$2,900	$0	$555,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$317,400	$1,700	$0	$319,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	9	$317,400	$1,700	$0	$319,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$317,400	$1,800	$0	$319,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$104,000	$600	$0	$104,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$107,600	$600	$0	$108,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$53,800	$300	$0	$54,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$300	$0	$52,300
TOTAL				**9**	**$2,456,100**	**$13,100**	**$0**	**$2,469,200**