**CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS**
**CABA INTERVENTORÍA SAS**
**NIT: 901.463.604-3**

Bogotá D.C, 7 de mayo del 2025.

Señores:
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**
**ALMEIRO BARBOSA ROMERO**
Profesional Especializado
Grupo Nacional de Gestión de Infraestructura
Edificio San Martín Cra 7 No. 32 – 12 Torre Sur, Piso 12
E-mail: almeiro.barbosa@medicinalegal.gov.co
Bogotá D.C

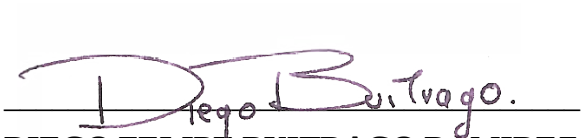
**REFERENCIA:** "CONTRATO 184 -SG – 2024- REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA Y JURÍDICA AL CONTRATO RESULTANTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LAS REPARACIONES LOCATIVAS SEDE CENTRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES".

**ASUNTO:** CUMPLIMIENTO DE VINCULACION DE PERSONAL EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Yo, DIEGO FELIPE BUITRAGO RAMIREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1.015.467.934 de Bogotá, en representación legal de CABA INTERVENTORIA S.A.S con NIT 901.463.604-3, certifico que para la ejecución del CONTRATO 184 -SG-2024 se mantiene la vinculación laboral del señor HERNANDEZ ABUD FARID JOSE, identificado con cédula de ciudadanía número 19.150.949 como parte del personal de CABA INTERVENTORÍA, quien presenta una condición de discapacidad, dando cumpliento a lo establecido en el artículo 24 del decreto 1860 de 2021: *"Los particulares empleadores que vinculen laboralmente personas con limitación tendrán las siguientes garantías: (a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tiene en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad de un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación".*

Adjunto certificación emitida por el Ministerio del Trabajo, y pago de la seguridad social del señor Hernandez.

Atentamente,



**DIEGO FELIPE BUITRAGO RAMIREZ**

Representante legal

CABA INTERVENTORIA S.A.S

C.C 1.015.467.934 de Bogotá D.C,

CABA INTERVENTORÍA SAS

**Dirección: Carrera 13 No. 63 – 39, Oficina 303 Edificio Seguros Bolívar,**
**TEL-FAX: 7 53 03 96 – BOGOTÁ D.C,**
**E-MAIL:** cabainterventoria@gmail.com

| COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Trabajo | PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL<br>FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD | Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02<br>Versión: 4.0<br>Fecha: Enero 31 de 2021<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

## EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ

## A QUIEN INTERESE
## HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del **Certificado de Vinculación de Trabajadores con Discapacidad**, se evidencia lo siguiente:

| | |
|---|---|
| RADICADO: | 13EE2025721100000007345 |
| FECHA RADICADO: | 13/02/2025 |
| NOMBRE – RAZON SOCIAL: | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| IDENTIFICACIÓN: | 901.463.604-3 |

| | |
|---|---|
| **A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:** | 2 |
| **B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD:**<br>*Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)* | 1 |
| **C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO ACREDITADOS CON CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL:**<br>*Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997*<br>*Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)* | 1 |
| **D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO:**<br>*(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.* | 50.00% |

**ADVERTENCIA:** Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o del sistema de preferencias en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención al beneficio verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al termino de ejecución del contrato. CD00296

Corresponderá a la Entidad o Empresa contratante verificar lo antes señalado, por lo cual, el contratista deberá aportar la documentación que le sea solicitada y que acredite el cumplimiento de lo establecido, conforme con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.7 y 2.2.1.2.4.2.17 (numeral 3) del Decreto 1082 de 2015.

El Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia.

**NOTA: "A partir del lunes 18 de septiembre de 2023, el presente certificado tiene validez únicamente con la firma en original, entregado directamente y en físico"**

**La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015**

**Dado en, Bogotá D.C. el lunes, 17 de febrero de 2025**

**CARLOS ARTURO RIVEROS MARTINEZ**

*Verificó y Elaboró: C.Riveros*

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7964445863** | TIPO DE PLANILLA: | | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO | | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/17 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1343340267 | | | |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 144.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.200 | $ 0 | $ 144.300 | $ 1.200 | $ 145.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 144.300** | **$ 1.200** | **$ 145.500** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 1.500 | $ 0 | $ 178.000 | $ 1.500 | $ 0 | $ 179.500 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 112.700 | $ 0 | $ 1.000 | $ 0 | $ 112.700 | $ 1.000 | $ 0 | $ 113.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 290.700** | **$ 2.500** | **$ 0** | **$ 293.200** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 12.300 | $ 12.300 | $ 200 | $ 0 | $ 12.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 12.300** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 12.500** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 93.100 | $ 800 | $ 93.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 93.100** | **$ 800** | **$ 93.900** |

## TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 2 | $ 69.900 | $ 600 | $ 70.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 69.900** | **$ 600** | **$ 70.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7958392960** | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 1 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/02/05 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1245849078 | | |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 227.800 | $ 200 | $ 228.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 200** | **$ 228.000** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 178.000 | $ 200 | $ 0 | $ 178.200 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 178.000 | $ 200 | $ 0 | $ 178.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 356.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 356.400** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 15.000 | $ 15.000 | $ 100 | $ 0 | $ 15.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 15.000** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 15.100** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 114.000 | $ 100 | $ 114.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 114.000** | **$ 100** | **$ 114.100** |

## TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 2 | $ 85.600 | $ 100 | $ 85.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 85.600** | **$ 100** | **$ 85.700** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 19150949 | HERNANDEZ ABUD FARID JOSE | DEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.423.500 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF24-COMPENSAR | $ 57.000 | $ 0 | $ 42.800 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 41416445 | AMARILLO ARIZA BERTILDA | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF24-COMPENSAR | $ 57.000 | $ 0 | $ 42.800 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 799.300** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7957035315** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero | AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 12 | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/01/15 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1196258242 | | | |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 208.000 | $ 1.600 | $ 209.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 1.600** | **$ 209.600** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 162.500 | $ 1.300 | $ 0 | $ 163.800 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 162.500 | $ 1.300 | $ 0 | $ 163.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 325.000** | **$ 2.600** | **$ 0** | **$ 327.600** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 | $ 200 | $ 0 | $ 13.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.600** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 13.800** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 104.000 | $ 800 | $ 104.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 104.000** | **$ 800** | **$ 104.800** |

## TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| PAICBF | PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 2 | $ 78.000 | $ 600 | $ 78.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 78.000** | **$ 600** | **$ 78.600** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 19150949 | HERNANDEZ ABUD FARID JOSE | DEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.300.000 | FIJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.300.000 | | $ 6.800 | 30 | $ 1.300.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 52.000 | $ 0 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 41416445 | AMARILLO ARIZA BERTILDA | DEPEND | | $ 1.300.000 | FIJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.300.000 | | $ 6.800 | 30 | $ 1.300.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 52.000 | $ 0 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 734.400**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7948762867** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 43 | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/01/15 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1196305850 | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.900 | $ 0 | $ 208.000 | $ 5.900 | $ 213.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 5.900** | **$ 213.900** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 1.500 | $ 0 | $ 52.000 | $ 1.500 | $ 0 | $ 53.500 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 1.500 | $ 0 | $ 52.000 | $ 1.500 | $ 0 | $ 53.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 104.000** | **$ 3.000** | **$ 0** | **$ 107.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 | $ 400 | $ 0 | $ 14.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.600** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 14.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 104.000 | $ 3.000 | $ 107.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 104.000** | **$ 3.000** | **$ 107.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | | | | |
| 1 | CC 19150949 | HERNANDEZ ABUD FARID JOSE | DEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.300.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 52.000 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.300.000 | | $ 6.800 | 30 | $ 1.300.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 41416445 | AMARILLO ARIZA BERTILDA | DEPEND | | $ 1.300.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 52.000 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.300.000 | | $ 6.800 | 30 | $ 1.300.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 441.900**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7944826070** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | noviembre | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 3 | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/08 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1037732689 | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 208.000 | $ 500 | $ 208.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 500** | **$ 208.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 52.000 | $ 200 | $ 0 | $ 52.200 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 52.000 | $ 200 | $ 0 | $ 52.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 104.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 104.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 | $ 100 | $ 0 | $ 13.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.600** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 13.700** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 104.000 | $ 300 | $ 104.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 104.000** | **$ 300** | **$ 104.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901463604 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLEMENTE ALFREDO BUITRAGO SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 45 A # 51 - 47 | TELÉFONO: | 7530396 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 00001 - CABA SAS |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7944789051** | TIPO DE PLANILLA: | | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO | | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/07 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 965585740 | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 208.000 | $ 800 | $ 208.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 800** | **$ 208.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 52.000 | $ 200 | $ 0 | $ 52.200 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 52.000 | $ 200 | $ 0 | $ 52.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 104.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 104.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 2 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 | $ 100 | $ 0 | $ 13.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.600** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 13.700** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 2 | $ 104.000 | $ 400 | $ 104.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 104.000** | **$ 400** | **$ 104.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |