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	91445174	DARWIN VILLARREAL TORRES	Carrera 30 No 47-47 Piso 2 Barrio Palmira	3126946679	darwin.84@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BARRANCABERMEJA		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	
2025-07	2025-07	I	19/08/2025	89059540	$891.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	360.200	0		0		0	0	0	0	360.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	461.000	0	0	0	0	0	0		461.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	70.200				70.200	0	0	70.200			702	70.200	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	360.200	360.200
Pensión	1	461.000	461.000
Riesgos Laborales	1	70.200	70.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	891.400	891.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	91445174	DARWIN VILLARREAL TORRES	Carrera 30 No 47-47 Piso 2 Barrio Palmira	3126946679	darwin.84@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BARRANCABERMEJA		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	
2025-07	2025-07	I	19/08/2025	89059540	$891.400	

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	91445174	VILLARREAL TORRES DARWIN	59	0			N																	25-14	2.881.000	461.000	0	0	0	0	EPS037	2.881.000	360.200	14-23	2.881.000	3	70.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Agencia Nacional de Tierras	FORMA	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO	ADQBS-F-021
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSIÓN	4
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	12/31/2024

FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA		
Día	Mes	Año
10	2	2025

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	ANT-CPS-20252377		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS DENTRO DE LA MISIONALIDAD DE LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA REFORMA RURAL INTEGRAL		
VALOR:	57.619.024	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	7/2/2025

II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

No. RP	95525
FECHA RP	10/2/2025

III. AFILIACIÓN ARL

ARL	ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA
	POSITIVA	7/2/2025	8/2/2025

IV. ACTA

Se reunieron:

DATOS DEL SUPERVISOR	NOMBRE	FARLIN PEREA RENTERIA		
	CARGO	LIDER UNIDADES DE GESTION TERRITORIAL ANTIOQUIA		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	26274754
DATOS DEL CONTRATISTA	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	DARWIN VILLAREAL TORRES		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	91445174
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA		
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA

En Bogotá D.C. a los 10 días del mes 2 de 2025 se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:

FECHA DE INICIACIÓN	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍA	MES	AÑO
	10	2	2025		30	9	2025

Para constancia firma por quienes intervinieron:





SUPERVISOR	CONTRATISTA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, DARWIN VILLARREAL TORRES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 91.445.174 de Barrancabermeja - Santander, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso:

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
JOSE SANTIAGO VILLARREAL AMARIS	HIJO	17
MIGUEL ALEJANDRO VILLARREAL AMARIS	HIJO	5

1.1. Declaro que mi cónyuge, identificado (a) con la C.C. No. NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO_X_

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) ____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues**. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _

2.2. **Aporte cuenta AFC**: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta SI

NO X

2.3. **Aportes voluntarios a pensión**: (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación. SI

NO X_____

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO X___

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(…) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación** de **aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (…)"*, por consiguiente:

   - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI NO X_estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

***Nota**: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

La presente manifestación se firma en la ciudad de armenia a los 31 días del mes de agosto de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 91.445.174

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900948953
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 91445174	**Nombres y apellidos**	DARWIN VILLARREAL TORRES
Fecha de afiliación	2025-02-08	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-02-08	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Agencia Nacional de Tierras	**FORMA**	**FORMA PARA CALCULO DE LA PROPORCIONALIDAD EN PRIMERAS CUENTAS**	**CODIGO**	ADMBS-F-091
	ACTIVIDAD	GESTION DE EGRESOS	**VERSION**	1
	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	**FECHA**	25/02/2025

Número del Contrato	**ANT-CPS-20252377**		
Nombre del Contratista	DARWIN VILLARREAL TORRES		
Documento de Identificación	91.445.174		
Direccion, Subdireccion, UGT u Oficina a la que pertenece	**DIRECCION GENERAL - UGT QUINDÍO - ARMENIA**		
Valor Inicial del Contrato	**$**		**57.619.024**
Valor Honorarios del mes	$		7.202.378
Valor inicial primer pago (según minuta)	$		7.202.378
Valor Honorario por día	$		240.079
Fecha de inicio de ejecución del contrato (según acta de inicio)			10/02/2025
Fecha de finalización del contrato			30/09/2025
Días a pagar primer mes			21
Calculo primer pago ajustado	**$**		**5.041.665**
Valor reducción contrato	$		2.160.713
Valor Total del Contrato Ajustado	**$**		**55.458.311**
Numero RP			95525
Valor Incial RP	**$**		**57.619.024**
Rubro Presupuestal	C-1704-1100-25-10106A-1704049-02	$	57.619.024
Rubro Presupuestal		$	-
Reducción RP	**$**		**2.160.713**
Rubro Reducido	C-1704-1100-25-10106A-1704049-02	$	2.160.713
Rubro Reducido		$	-
Valor RP Final	**$**		**55.458.311**
Valor rubro presupuestal	C-1704-1100-25-10106A-1704049-02	$	55.458.311
Valor rubro presupuestal		$	-

Firma del Supervisor del contrato	
Nombre del supervisor del contrato	FARLIN PEREA RENTERIA
Cargo del Supervisor del contrato	ASESOR EXPERTO CÓDIGO G3 GRADO 05