INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002

NOMBRE Y APELLIDOS:	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	C.C	1032365678

N° CONTRATO	531-2025	VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	15/08/25	FECHA TERMINACIÓN	31/12/25

OBJETO:	OGC-632- Prestar los servicios profesionales para apoyar las actividades relacionadas con la implementación fase uno (I) - línea de pensamiento sobre la búsqueda, en el marco del modelo de gestión del conocimiento a través de la revisión y corrección de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento de la memoria institucional y el legado de la UBPD.

NÚMERO DE PAGO:	1

SUPERVISOR	CARGO
JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Experto Tecnico

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

	RELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES	ADJ
1	Apoyar en la revisión y corrección de textos de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento.	Llevé a cabo la corrección de estilo de la sección “Formatos libres” de la revista Fractales, garantizando la aplicación de normas ortotipográficas y gramaticales en coherencia con los lineamientos de la UBPD.	
2	Realizar entregas parciales de productos finales que hagan parte de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento de acuerdo con plan de trabajo aprobado por la supervisión.	Realicé el seguimiento a los pares evaluadores y remití los resultados a los autores, acompañados de las observaciones de la revisión preliminar por parte del equipo editorial. De igual manera, llevé a cabo la evaluación de los “Formatos libres” de la Revista Fractales.	
3	Apoyar en la revisión y corrección de los textos de productos finales como guías didácticas, syllabus y documentos metodológicos, asegurando la aplicación de normas ortotipográficas, gramaticales y coherencia con los lineamientos de la UBPD.	Llevé a cabo la corrección de estilo de la sección “Formatos libres” de la revista Fractales, garantizando la aplicación de normas ortotipográficas y gramaticales en coherencia con los lineamientos de la UBPD.	
4	Apoyar la producción de materiales para el centro de pensamiento y ambiente de aprendizaje, articulando el trabajo del equipo de producción para garantizar la correcta integración de los textos corregidos en los productos finales.	Realicé el seguimiento a los pares evaluadores y remití los resultados a los autores, acompañados de las observaciones de la revisión preliminar por parte del equipo editorial. De igual manera, llevé a cabo la evaluación de los “Formatos libres” de la Revista Fractales.	
5	Aportar ajustes de estilo para mejorar la calidad y coherencia de los contenidos escritos coherencia con los lineamientos de la UBPD.	Trabajé y presenté una propuesta de identificador y páginas internas para la revista desde una perspectiva editorial, aportando a la línea gráfica de Fractales desde los aspectos tipográficos y de maquetación para una mejor legibilidad.	
6	Apoyar en la revisión y aprobación de la versión final de los textos antes de su publicación en Moodle o en formato editorial.	Durante el mes de agosto apoyé en la revisión y aprobación de la versión final de los textos de la sección “Formatos libres” de la revista Fractales, remitiendo a sus autores la respectiva corrección de estilo.	
7	Participar en las reuniones que sean convocadas por la supervisión para el trabajo conjunto del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento.	En el mes de agosto asistí a todas las reuniones convocadas por el equipo de la Oficina de Gestión del Conocimiento.	
8	Cumplir con el plan de trabajo aprobado por la supervisión.	Cumplí con el plan de trabajo planteado por el equipo de la Revista Fractales para el mes de agosto, específicamente con la fase de evaluación de la revista.	
9	Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Llevé a cabo las labores que me fueron asignadas por el equipo de la Revista Fractales de la Oficina de Gestión del Conocimiento durante el mes de agosto.	

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Seguridad Social - Planilla	Planilla parafiscales agosto

Observaciones o información adicional

INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002



Firma del Contratista

Certificación del supervisor

Con la suscripción del presente informe, el supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifica el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el recibido a satisfacción de las actividades descritas.

Firma del Supervisor(es)

JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 3 de Septiembre del 2025	
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 3 de Septiembre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Informe subido y APROBADO por supervisor en SECOP	Angelica Maria Olaya Murillo	Martes, 23 de Septiembre del 2025	
En reparto - Central de Cuentas	Angelica Maria Olaya Murillo	Martes, 23 de Septiembre del 2025	
Enviado a central de cuentas	MARIA CLEMENCIA PACHECO MARTINEZ	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	Reparto asignado a Diana Carolina Ariza Cespedes
Enviado a supervisor	Diana Carolina Ariza Cespedes	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	DEVUELTA- Revisada la cuenta se evidencia lo siguiente: 1-El valor a cobrar no corresponde. 2-En el formato de "CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN" en el método de Cotización modificarlo a ANTICIPADO ya que adjunta Planilla de aportes del mes de agosto. 3-Por favor eliminar las certificaciones de Salud, pensión y certificación Bancaria. Así mismo, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago firmado por el supervisor en la opción editar en la plataforma SECOP II.
En digitación	Diana Carolina Ariza Cespedes	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	Para ajuste de cuenta - DEVUELTA- Revisada la cuenta se evidencia lo siguiente: 1-El valor a cobrar no corresponde. 2-En el formato de "CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN" en el método de Cotización modificarlo a ANTICIPADO ya que adjunta Planilla de aportes del mes de agosto. 3-Por favor eliminar las certificaciones de Salud, pensión y certificación Bancaria. Así mismo, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago firmado por el supervisor en la opción editar en la plataforma SECOP II.
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025	

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS	**ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO**
Cédula de ciudadanía	**1032365678**
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	**BOGOTÁ, D.C.**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No.	**531-2025**	VALOR TOTAL	**$ 36,510,200.00**	CDP	**68325**	RP	**194825**
VIGENCIA	**2025**	FECHA DE INICIO	**15/08/25**	FECHA DE TERMINACIÓN	**31/12/25**		
TIPO DE CONTRATO	**Prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión**						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO

¿PENSIONADO?	**NO**	NÚMERO DE PAGO	**1**	MES	**2025-08-15 / 2025-08-31**
RESPONSABLE DE IVA	**NO RESPONSABLE DE IVA**	DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL			**30**
		NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)			

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 4,497,633**	BASE GRAVABLE	**$ 4,497,633**
		IVA	**$**
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN	**$ 287,800**	**DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD	**$ 224,900**	FONDO DE PENSIÓN	**COLPENSIONES**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	**RIESGO UNO (1)**	EPS	**COMPENSAR**
APORTES ARL	**$ 9,400**	ARL	**POSITIVA**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	**$**	MÉTODO DE COTIZACIÓN	**ANTICIPADO**

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	**BANCOLOMBIA**	TIPO	**AHORROS**	No. CTA	**03066984680**

NOTA: (*) 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.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, seré responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

2º 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.

3º El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual,se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se
realizará la respectiva de devolución.

Angélica Olaya

Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO			
NOMBRE	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	CARGO - DEPENDENCIA	Experto Tecnico - OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GCO-FT-020, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, Arl, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ

USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 3 de Septiembre del 2025	
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 3 de Septiembre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 4 de Septiembre del 2025	
Informe subido y APROBADO por supervisor en SECOP	Angelica Maria Olaya Murillo	Martes, 23 de Septiembre del 2025	
En reparto - Central de Cuentas	Angelica Maria Olaya Murillo	Martes, 23 de Septiembre del 2025	
Enviado a central de cuentas	MARIA CLEMENCIA PACHECO MARTINEZ	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	Reparto asignado a Diana Carolina Ariza Cespedes
Enviado a supervisor	Diana Carolina Ariza Cespedes	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	DEVUELTA- Revisada la cuenta se evidencia lo siguiente: 1-El valor a cobrar no corresponde. 2-En el formato de “CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN” en el método de Cotización modificarlo a ANTICIPADO ya que adjunta Planilla de aportes del mes de agosto. 3-Por favor eliminar las certificaciones de Salud, pensión y certificación Bancaria. Así mismo, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago firmado por el supervisor en la opción editar en la plataforma SECOP II.
En digitación	Diana Carolina Ariza Cespedes	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025	Para ajuste de cuenta - DEVUELTA- Revisada la cuenta se evidencia lo siguiente: 1-El valor a cobrar no corresponde. 2-En el formato de “CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN” en el método de Cotización modificarlo a ANTICIPADO ya que adjunta Planilla de aportes del mes de agosto. 3-Por favor eliminar las certificaciones de Salud, pensión y certificación Bancaria. Así mismo, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago firmado por el supervisor en la opción editar en la plataforma SECOP II.

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006

Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 24 de Septiembre del 2025
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Jueves, 25 de Septiembre del 2025

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	007

Información del Contratista

Identificado(a) con:	**Cédula de ciudadanía**	Número:	**1032365678**
Nombres y apellidos:	**ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO**		
Celular No:	**3012853676**		
Dirección:	**Diagonal 5F Nro 43B 27**		
Correo electrónico personal:	**aolayam@unidadbusqueda.gov.co**	CONTRATO No:	**531-2025**

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada

b) De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6. "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Regalmentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravead de juramento que: Para la presente Vigencia tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad Si selecciona SI: Se le aplicará la retención en la fuente a titulo de renta a una tarifa del 10% persona natural sobre el valor de sus honorarios del mes correspondiente. Si selecciona NO: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta teniendo en cuenta la depuración contenida en el artículo 383 ET. La cual permite aplicar los beneficios tributarios que se relacionan a continuación	**NO**
c) Que la(s) persona(s) que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.	**NO**
d) Durante el año 2024 pagué intereses por crédito hipotecario, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T.	**NO**
e) Durante el año 2024 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T	**NO**
f) Solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente de acuerdo con lo establecido en el parágrafo. 3 del art. 383 del E.T	**NO**
Autorizo a la UBPD descontar un porcentaje de retención en la fuente adicional al calculado por la entidad del:	**0** %

Tipo Identificacion	Identificación	Nombre Completo	Edad	Tipo Dependiente	Tipo Dependencia

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

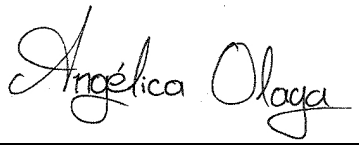
Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			$ .00
Pensión Voluntaria			$ .00

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBPD, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los **24** días del mes de **Septiembre** del año **2025**



Firma

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	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89571884	$441.800

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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**
CC	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO		DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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**
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89571884	$441.800

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**	**Exonerado**	**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	1032365678	OLAYA MURILLO ANGELICA MARIA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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