DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8384679				PERIODO DEL INFORME Desde (01/11/2025 – Hasta (30/11/2025)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual	X	Final	

1. DATOS DEL CONTRATO						
Unidad ejecutora	**DANE**	**X**	**FONDANE**			
Contratista	**SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA**					
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	**CC - 1031421892**					
Objeto	4916101325_A_02_SERVICIOS_PROFESIONALES_2025_EMCES_TH Prestación de servicios profesionales para validar la consistencia de la información y sustentar los resultados de la Encuesta Mensual de Comercio Exterior de Servicios (EMCES), según los sectores CABPS asignados y las desagregaciones solicitadas.					
Valor del contrato	**$ 14.987.000**					
Plazo del contrato	El contratista ejecutará el servicio objeto del presente contrato a partir de la puesta en ejecución en la plataforma SECOP II, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución y hasta por tres (03) meses y quince (15) días, sin exceder el 30 de diciembre de 2025					
Pago número	2 de 3					
Valor del pago	$ 4.282.000					
N° Registro Presupuestal	233125	**Fecha Registro Presupuestal**	02/10/2025			
Fecha aprobación garantía (si aplica)	N/A					
Modificaciones	N/A					
Fecha de inicio	02/10/2025	**Fecha de terminación*** **	30/12/2025			
Dependencia	DANE central					
Lugar de ejecución	Bogotá					
Supervisor – Cargo	**Paula Angelica Laiton Monroy – Profesional ESPECIALIZADO – 12 Coordinadora administrativa – GIT Servicios**					

*** Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	66.66 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
1. Aplicar los lineamientos metodológicos, documentales, tecnológicos y técnicos de la investigación, cumpliendo con los cronogramas establecidos para la entrega de productos y la recuperación de fuentes renuentes.	1.1 Se realizó lectura e implementación de los lineamientos metodológicos, documentales, técnologicos y técnicos en los siguientes procesos: acompañamiento a sedes, aprobación y devolución de criticas; análisis de cuadros extendidos, aprobación de novedades, correcciones de inconsistencias etc.	1.1.1 Documentos y lineamientos técnicos MANUALES
2. Apoyar el proceso de entrenamiento y acompañar al equipo para mejorar los indicadores de cobertura, calidad y oportunidad.	2.1 Participé en el proceso de entrenamiento virtual convocado por la Dirección de Recolección y Acopio según el cronograma establecido	2.1.1 Cronograma ENTRENAMIENTO

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8384679				PERIODO DEL INFORME Desde (01/11/2025 – Hasta (30/11/2025)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual	X	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	66.66 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
3. Validar, depurar y sustentar la información recolectada, asegurando la coherencia con los cruces de encuesta y muestra.	3.1 Se realizó validación, depuración justificación de la información que presentaba inconsistencias en los CABS 207, 208, 209, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 246, 250 y 251. Esta validación se realizó a través de las mallas de validación de los cuadros extendidos de la siguiente manera:	3.1.1 Mallas y validación y formato de corrección de inconsistencias MALLAS DE VALIDACIÓN CORRECCION DE INCONSISTENCIAS
4. Generar informes de contexto para sustentar los resultados en precomités o mesas técnicas, conforme al cronograma.	4.1 Se realizaron informes y observaciones de 96 fuentes teniendo en cuenta el flujo comercial, la contribución al CABS en los meses de referencia de diciembre 2024; y enero, febrero y marzo de 2025	4.1.1 Informes para precomités y comités INFORMES DE COMITE
5. Participar activamente en precomités, mesas técnicas y talleres para garantizar la consistencia de la información.	5.1 Se participó en la mesa de trabajo presencial en DANE central donde se dieron orientaciones y revisión general de las fuentes y los CABS para el precomité	5.1.1 Plataforma Teams
6. Interactuar con las fuentes y sedes en reuniones virtuales o presenciales, fortaleciendo la sensibilización, metodología y seguimiento de compromisos.	6.1 Se realizaron mesas de acompañamiento a la territorial Medellín. Durante las mesas se realizó: estudios de CABS y CPC según el caso de cada empresa, navegación por el visor, proceso de crítica y formatos para la reclasificación de información.	6.1.1 Actas y Listas de asistencia MEDELLÍN
7. Registrar reuniones (virtuales o presenciales) mediante actas o informes para dar seguimiento a los compromisos y conclusiones.	7.1 Se realizó registro de listas de asistencia y trasnscripciones de las mesas de acompañamiento realizadas con sede Noro Occidente a través de la plataforma Teams	6.1.1 Actas y Listas de asistencia MEDELLÍN
8. Asistir puntualmente a reuniones, reinducciones y reentrenamientos sobre aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos del operativo de campo.	8. Asistí a reuniones convocados por DANE central y el equipo de la Dirección de Recolección y Acopio	8.1.1 Reuniones EMCES REUNIONES
9. Utilizar los canales de comunicación proporcionados por el DANE para informar novedades y mantenerse actualizado sobre decisiones y recomendaciones.	Se realizó el uso del correo sdsaavedras@dane.gov.co para atender solicitudes	9.1 Correo electrónico

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8384679				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/11/2025 – Hasta (30/11/2025)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual	**X**	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	66.66 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
10. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato	Para este mes no se desarrollo esta actividad	No aplica

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
SALUD Sanitas	**Periodo reportado OCTUBRE**	**Planilla N°** 91914362 **de** 01/12/2025
PENSIÓN Colpensiones	**Periodo reportado OCTUBRE**	**Planilla N°** 91914362 **de** 01/12/2025
ARL Sura	**Periodo reportado OCTUBRE**	**Planilla N°** 91914362 **de** 01/12/2025
SALUD Sanitas	**Periodo reportado NOVIEMBRE**	**Planilla N°** 91869027 **de** 28/11/2025
PENSIÓN Colpensiones	**Periodo reportado NOVIEMBRE**	**Planilla N°** 91869027 **de** 28/11/2025
ARL Sura	**Periodo reportado NOVIEMBRE**	**Planilla N°** 91869027 **de** 28/11/2025

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)	
Valor inicial	
Valor total (incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿Le han reconocido pensión?	**SÍ** ___ **NO** _**X**_ **Fondo que la reconoció:** N/A	
¿Pertenece a algún régimen especial?	**SÍ**____ **NO**__**X**__	**¿Cuál?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMMLV)	**SÍ** ___ **NO**__**X**__	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la respectiva resolución y la planilla de pago de Salud y ARL deberán allegarse como soporte del primer informe.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la respectiva resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8384679				PERIODO DEL INFORME Desde (01/11/2025 – Hasta (30/11/2025)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual	**X**	Final	

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)

Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos **SÍ*____ NO**__X__** se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 o las demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

*** SÍ:** tomar costos o deducciones o no manifestarlo, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda.

**** NO:** tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

7. VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD

Luego de consultar el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se verificó que **SÍ____ NO__X__** se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista para el período del informe.
(En caso de no tener radicados pendientes, no diligenciar)

RADICADO Nº	FECHA	ASUNTO	DEPENDENCIA DE ORIGEN	JUSTIFICACIÓN DE PENDIENTE	FECHA DE VENCIMIENTO
XXXX	dd/mm/aaaa	XXX	XXX	XXX	dd/mm/aaaa
XXXX	dd/mm/aaaa	XXX	XXX	XXX	dd/mm/aaaa

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia.
Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

8. PAZ Y SALVO DE ALMACÉN (sólo para el informe final)

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

9. OBSERVACIONES (sólo se diligencia por el supervisor del contrato, si aplica)

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en calidad de contratista/proveedor, declaro que toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8384679				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/11/2025 – Hasta (30/11/2025)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual	**X**	Final	

Con la firma del presente informe, en calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en el desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago serán verificados en la plataforma o sistema de contratación pública definido. Por lo anterior, autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.



Firma:

CONTRATISTA
Sergio David Saavedra Sierra

(FIRMADO ELECTRONICAMENTE)
PAULA ANGELICA LAITON MONROY
CC 1014287476

Firma:

Aprobó - SUPERVISOR DEL CONTRATO
Paula Angelica Laiton Monroy

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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3154768604	hermeinsaavedra@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	
2025-10	2025-10	I	01/12/2025	91914362	$499.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	214.100	0		0		0	6	900	0	215.000	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	274.100	0	0	0	0	6	1.100	0	275.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.000				9.000	6	100	9.100			90	9.100	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	214.100	215.000
Pensión	1	274.100	275.200
Riesgos Laborales	1	9.000	9.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	497.200	499.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA		CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3154768604	hermeinsaavedra@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	
2025-10	2025-10	I	01/12/2025	91914362	$499.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1031421892	SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID	57	0			N																	25-14	1.712.800	274.100	0	0	0	0	EPS005	1.712.800	214.100	14-11	1.712.800	1	9.000		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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA	CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3154768604	hermeinsaavedra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91869027	$497.200	

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	214.100	0		0		0	0	0	0	214.100	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	274.100	0	0	0	0	0	0		274.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.000				9.000	0	0	9.000			90	9.000	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	214.100	214.100
Pensión	1	274.100	274.100
Riesgos Laborales	1	9.000	9.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	497.200	497.200

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	1031421892	SERGIO DAVID SAAVEDRA SIERRA		CL 12B 71D 31 IN 7 AP 604	3154768604	hermeinsaavedra@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
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	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91869027	$497.200	

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	Estudiante	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	1031421892	SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID	57	0			N																	25-14	1.712.800	274.100	0	0	0	0	EPS005	1.712.800	214.100	14-11	1.712.800	1	9.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b24dcadbaeb1edb40d519059119749633d089b5f4030ff9b1158372000ff67259d64cc23232f3da71f15c784a6e204b3

Número de Factura: FE-48
Fecha de Emisión: 03/12/2025
Fecha de Vencimiento: 10/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Débito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID
Nombre Comercial: SAAVEDRA SIERRA SERGIO DAVID
Nit del Emisor: 1031421892
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6209

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 12 B 71 D 31 BL 7 AP 604
Teléfono / Móvil: 4638587
Correo: hermeinsaavedra@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999027
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1	13	Contrato DANE 8384679	NIU	1,00	$ 4.282.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.282.000,00

Notas Finales

#$04-01-01-000;8384679;palaitonm@dane.gov.co#$
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
03/12/2025 11:12:12
Documento validado por la DIAN:
03/12/2025 11:12:14
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4282000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4282000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4282000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4282000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.282.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.282.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.282.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4.282.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102485438 Rango desde: 48 Rango hasta: 10000 Vigencia: 2026-06-02