INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
		FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:	NO	FEI:	NO	SGR:	NO

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	9.693.574	CONTRATISTA:	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA				
CELULAR	3123749710						
CONTRATO No.:	INS-CPS-908-2025	FECHA INICIO:	26/12/25	FECHA FINAL:	31/07/26		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	81825	VALOR HONORARIOS:	$ 4.400.000	PAGO NUMERO:	1	DE	8

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	NO	NO	SI	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 4.400.000	NO		$ 4.400.000,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 4.400.000	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 1.760.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 281.600	Protección
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 220.000	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 42.900	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 544.500	

PAGO PLANILLA			
ANTICIPADO			
PLANILLA DE PAGO No.	92349130	FECHA	15/12/25
PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)	92559645		15/12/25

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	NO	

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 3.898.400	0,766%	$ 29.862
RETEFUENTE	$ 2.891.625	58,07	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 29.861,74
TOTAL A PAGAR			$ 4.370.138,26
RETEFUENTE VOLUNTARIA			

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Aura M. Urrego P.

Nombre supervisor	AURA MILENA URREGO	Nombre supervisor	
Cargo	COORDINADORA GRUPO	Cargo	
Dependencia	ODUCCIÓN REAC.DIAG. IN VIT	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

(1) Contrato No.	**INS-CPS-908-2025**		
(2) Nombre del Contratista:	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA		
(3) Cargo del supervisor:	COORDINADORA GRUPO DE PRODUCCIÓN DE REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO		
(4) Interventoría si ☐ **no** ☒ **Nombre:**	NA		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	urrego@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales orientados a la planeación, gestión, ejecución y control de los procesos asociados a la producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro, contribuyendo al aseguramiento de la calidad y al cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) y en las normas técnicas y regulatorias vigentes del Grupo de Producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro		
(7) Fecha de inicio:	26 DE DICIEMBRE 2025	**(8) Fecha terminación:**	31 DE JULIO 2026
(9) Período objeto del informe:	**DICIEMBRE 2025**		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Base de datos con la consolidación y cierre del inventario correspondiente al mes de diciembre, mediante la revisión, conciliación y actualización del movimiento de insumos, reactivos y producto terminado del proceso productivo de medios de cultivo, garantizando la depuración de registros, la verificación de existencias reales, la corrección de inconsistencias	Se llevo a cabo la consolidación y cierre del inventario correspondiente al mes de diciembre, mediante la revisión, conciliación y actualización del movimiento de insumos, reactivos y producto terminado del proceso productivo de medios de cultivo, garantizando la depuración de registros, la verificación de existencias reales, la corrección de inconsistencias	Base de datos de inventarios como son entradas, salidas, ajustes, verificaciones de existencias de insumos, reactivos y producto terminado.	N.A
Informe final de cierre de vigencia 2025, sobre consolidación y cierre del inventario	Se realizó informe final de cierre de vigencia 2025, sobre consolidación y cierre de inventarios de reactivos e insumos de laboratorios, realizando el respectivo envío a las áreas correspondientes.	Movimiento De Materiales E Insumos De Laboratorio FOR-A09.0000-019	N.A
Formato diligenciado del SIG, donde se evidencia la producción semanal requerida por los diferentes clientes con el fin de culminar el contrato interadministrativo con el INVIMA.	Se realizo la verificación de los diferentes formatos diligenciados del SIG, donde se evidencia la producción semanal requerida por los diferentes clientes con el fin de culminar el contrato interadministrativo con el INVIMA.	Producto Terminado (Medios De Cultivo) FOR-R04.6013-006 Control De Envase Y Esterilización De Producto FOR-R04.6013-008 Control De Producto Terminado FOR-R04.6013-007	N.A

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retardo en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	No se presentó inconveniente alguno, por lo que se Cumplieron todas las Actividades establecidas para el mes del presente informe, por lo cual no se materializó el riesgo.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Posibles accidentes durante el desarrollo de las obligaciones	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	No se presentó accidente alguno durante el mes correspondiente al presente informe que conllevara a demoras en la ejecución del contrato, por lo cual no se materializó el riesgo.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Cambios regulatorios en materia administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	No hubo cambio regulatorio alguno que afectara el objeto contractual, por lo cual no se materializó el riesgo.
% DE AVANCE ACUMULADO											**12,5%**	

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El Contratista MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	NINGUNA

(13) En constancia, firmo:

Aura M. Urrego R.

AURA MILENA URREGO ROLDÁN

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C. 31 DICIEMBRE 2025

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	Página 1 de 1

NUMERO DE CONTRATO	**INS-CPS-908-2025**	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Mauricio Domingo Caviedes Orjuela	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales orientados a la planeación, gestión, ejecución y control de los procesos asociados a la producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro, contribuyendo al aseguramiento de la calidad y al cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) y en las normas técnicas y regulatorias vigentes del Grupo de Producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	26/12/2025	**HASTA:**	31/12/2025

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Se llevo a cabo la consolidación y cierre del inventario correspondiente al mes de diciembre, mediante la revisión, conciliación y actualización del movimiento de insumos, reactivos y producto terminado del proceso productivo de medios de cultivo, garantizando la depuración de registros, la verificación de existencias reales, la corrección de inconsistencias.

Se realizó informe final de cierre de vigencia 2025, sobre consolidación y cierre de inventarios de reactivos e insumos de laboratorios, realizando el respectivo envío a las áreas correspondientes.

Se realizo la verificación de los diferentes formatos diligenciados del SIG, donde se evidencia la producción semanal requerida por los diferentes clientes con el fin de culminar el contrato interadministrativo con el INVIMA.

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20
		FOR-A09.0000-013	*2025-01-31*

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Mauricio Domingo Caviedes Orjuela** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **9.693.574** de **Aguachica** , me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios** , con contrato número INS-CPS-908-2025

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	**NO**
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o $ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 211.793.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o $ 65.891.000. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o $ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o $ 65.891.000.	**NO SOY DECLARANTE DE RENTA**

INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:

De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

** Durante la vigencia 2024 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda (adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2024). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022*	**NO**
** Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T, (adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)*	**NO**
** Durante la vigencia 2024 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T (adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)*	**NO**
** Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)*	**NO**
** Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)*	**NO**
** Cumplo con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: (marque con una x según corresponda)*	
° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).	**NO**
° Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadania y registro civil de nacimiento)	
° Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores fisicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadania, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).	
° El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores fisicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal (Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadania, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)	
° Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores fisicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal) .	

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 26 del mes 12 del año 2025

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo

Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.

Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.

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	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	Calle 63 B # 71 C - 45 Torre 3 apartamento 406	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
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
2025-12	2025-12	I	15/12/2025	92349130	$521.800

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	198.000	0		0		0	0	0	0	198.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	253.500	0	0	0	0	0	0		253.500	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	38.600				38.600	0	0	38.600			386	38.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.700	0	0	31.700	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	198.000	198.000
Pensión	1	253.500	253.500
Riesgos Laborales	1	38.600	38.600
CCF	1	31.700	31.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	521.800	521.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	Calle 63 B # 71 C - 45 Torre 3 apartamento 406	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
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
2025-12	2025-12	I	15/12/2025	92349130	$521.800

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	9693574	CAVIEDES ORJUELA MAURICIO DOMINGO	59	0			N																	230201	1.584.000	253.500	0	0	0	0	EPS008	1.584.000	198.000	14-23	1.584.000	3	38.600	CCF24	1.584.000	31.700	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	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	Calle 63 B # 71 C - 45 Torre 3 apartamento 406	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
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
92349130	15/12/2025				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	N	22/12/2025	92559645	$57.900

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	22.000	0		0		0	0	0	0	22.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	28.100	0	0	0	0	0	0		28.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.300				4.300	0	0	4.300			43	4.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	3.500	0	0	3.500	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	22.000	22.000
Pensión	1	28.100	28.100
Riesgos Laborales	1	4.300	4.300
CCF	1	3.500	3.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	57.900	57.900

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	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	Calle 63 B # 71 C - 45 Torre 3 apartamento 406	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
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
92349130	15/12/2025				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	N	22/12/2025	92559645	$57.900

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	9693574	CAVIEDES ORJUELA MAURICIO DOMINGO	59	0			N							X										230201	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	3	42.900	CCF24	1.760.000	35.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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