compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52201261	CLAUDIA MILENA RODRIGUEZ FORERO		CARRERA 6 ESTE n. 43 B 11 SUR	2655620	MILENARODRIGUEZ2012@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	
2020-07	2020-07	I	28/08/2020	44982247	$541.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	233.400	0		0		0	0	0	0	233.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	298.700	0	0	0	0	0	0		298.700	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	9.800				9.800	0	0	9.800			98	9.800	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	233.400	233.400
Pensión	1	298.700	298.700
Riesgos Laborales	1	9.800	9.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.900	541.900

PAGADA 44982247

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	52201261	CLAUDIA MILENA RODRIGUEZ FORERO	CARRERA 6 ESTE n. 43 B 11 SUR	2655620	MILENARODRIGUEZ2012@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	
2020-07	2020-07	I	28/08/2020	44982247	$541.900	

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	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	52201261	RODRIGUEZ FORERO CLAUDIA MILENA	59	0			N	X																230301	1.866.667	298.700	0	0	0	0	EPS005	1.866.667	233.400	14-23	1.866.667	1	9.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Servicio de Empleo	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Codigo:	AD-Ft-14
		Version:	4
		Vigente desde	28-ene-20

Yo, *Claudia Milena Rodríguez Forero*

Identificado (a):	NIT: ☐	CC: ☑	CE: ☐	NP: ☐	NIP: ☐	Número:	*52.201.261*	D.V.

Teléfono (s): Ext.

Celular No.: **3195276614** Celular No.:

Dirección: **carrera 6 este No 43-B11 sur**

Correo Electrónico (E-mail): milenarodriguez2012@gmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑ **y** Declarante de Renta ☑ No declarante de Renta ☐

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior superiores a 3.500 UVT ($34.270) $119.945.000.	Si :	☐	No :	☑
b.) Ha contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores para el desarrollo de la actividad. (Paragrafo 2 del articulo 383 del Estatuto Tributario).	Si :	☐	No :	☑

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Articulo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Articulo 126-1 del ET y el Articulo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No.** 79 **de Fecha:** 3/07/2020 suscrito con la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el articulo 18 de la ley 1122 de 2007 y el articulo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia **detallada** de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado **pagada.**

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
Sanitas	44982247	JULIO	2020	$233.400,00
Porvenir		JULIO	2020	$298.700,00
Positiva		JULIO	2020	$9.800,00

a) Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotizacion, excede el tope de los 25 salarios minimos legales mensuales vigentes	Si :	☐	No :	☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T. y Articulo 2 del Decreto 0099 de 2013.

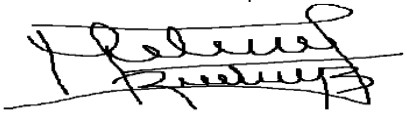
b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	Si :	☑	No :	☐
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	Si :	☐	No :	☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	Si :	☐	No :	☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
Pensión Voluntaria			

Se firma a los 1 días del mes de septiembre del año 2020



ORIGINAL FIRMADO

SF.PG-003

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: **Claudia Milena Rodríguez Forero** Contrato No. : **079 de 2020**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	NP:	☐	NIP:	☐			Número:	**52.201.261**	D.V.	

Articulo 2º del Decreto 0099 de 2013 Información para Depurar la Base de la Retención.

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :	☐	No :	☑
1.2 Crédito Compartido	Si :	☐	No :	☑

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ *y valor que le corresponde* _____

2. Información por Salud Literal a y b del Articulo 387 del E.T.

2.1 Certificación Adjunta	Si :	☐	No :	☑

3. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 383 DEL Estatuto Tributario

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o 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. ☐

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

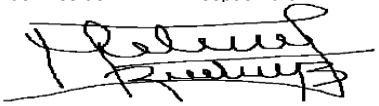
3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ☐

3.5. 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 físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ☐

Relación de Dependientes

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
	1021689772	Kenneth Joel Ramírez Rodríguez	4	Hijo
	1021394711	Gilary Verónica Ramírez Rodríguez	15	Hijo

La anterior se firma el 1 del mes de septiembre del año 2020



Firma

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO
Fecha: 04-09-2020 Hora: 05:08 PM

ORIGEN MARCELA CASTRO OSPINA
DESTINO 280-GRUPO FINANCIERO / YENIFFER JUNCO ESPINOSA
ASUNTO INFORME PAGO PARCIAL CONTRATO N° 079 DEL 2020 CLAUDIA MILENA RODRIGUEZ
OBS SE ENTREGAN DOCUMENTOS EN ORIGINAL A LA SECRETARIA GENERAL/GRUPO DE CONTRACTUAL
N° Folios:8

SPE-GFI-2020-ER-0004191
Al contestar cite este número

Servicio de Empleo	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATO**	**Código: AD-Ft-13** **Versión:** 6 **Vigente desde: 28**-01-2020

1. Información Básica

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	*04/09/2020*		**ORIGINAL**	*X*	**CORRECCIÓN**		
CONTRATO No.	*079 de 2020*						
NOMBRE DE CONTRATISTA	*Claudia Milena Rodríguez Forero*				**Número de Teléfono**	*3195276614*	
IDENTIFICACIÓN	**Cédula**	*52.201.261*	**NIT**	*900678508*	**Correo Electrónico**	claudia.rodriguez@serviciodeempleo.gov.co	
OBJETO DELCONTRATO	*Prestar los servicios profesionales al Grupo de Gestión y desarrollo de talento humano, en los procesos inherentes a la liquidación de nómina y prestaciones sociales de los funcionarios de la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo.*						
PLAZO DE EJECUCIÓN	*El plazo del contrato será de SEIS (6) MESES, contados a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, sin superar la presente vigencia fiscal.*						
FECHA DE INICIO CONTRATO	*03/07/2020*	**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**	*31/12/2020*	**NUMERO DEL CDP**	*10820*	**NUMERO DEL RP**	*25620*

PRÓRROGA	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA PRORROGA**	*N/A*	**PLAZO TOTAL DESPUÉS DE LA PRORROGA**	*N/A*
		X				
ADICIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA ADICIÓN**	*N/A*	**VALOR TOTAL DESPUÉS DE LA ADICIÓN**	*N/A*
		X				
REDUCCIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA REDUCCIÓN**	*N/A*	**VALOR TOTAL DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN**	*N/A*
		X				
CESIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA CESIÓN**	*N/A*	**VALOR DEL CONTRATO CEDIDO**	*N/A*
		X				

Clase y número de cuenta	**Corriente**		**Ahorros**	*X*	**Número**	*67965830615*	**Banco**	*Bancolombia*

2. Información Financiera

RUBRO PRESUPUESTAL (Código y Nombre)	**USO PRESUPUESTAL (Código y Nombre)**	**VALOR DEL CONTRATO**	**VALOR PAGADO**	**VALOR A PAGAR EN EL PERIODO**	**SALDO POR PAGAR Y/O EJECUTAR**	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA**	**SALDO POR LIBERAR AL FINAL DEL CONTRATO O POR TEMINACIÓN ANTICIPADA**
A-02-02-02-008-003 Otros servicios profesionales , científicos y técnicos.	A-02-02-02-008-003-01-1 Servicios de Consultoría en Administración y Servicios de Gestión	*30.000.000*	*-*	*4.666.667*	*25.333.333*		

NÚMERO DEL DOCUMENTO A PAGAR	**FECHA DEL DOCUMENTO**	**PERIODO DEL INFORME**	**NUMERO DE PAGO**	**FECHA DE LA CERTIFICACIÓN PARAFISCAL PARA PERSONAS JURIDICAS**
N/A	*N/A*	*Del 1 de julio al 31 de julio de 2020*	*PRIMERO*	*N/A*

3. Información General

FORMA DE PAGO	*Un primer pago proporcional sobre la base de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. ($5.000.000), por los días ejecutados desde la suscripción del acta de inicio del contrato hasta el último día del respectivo mes, si a ello hubiere lugar. B.) Pagos mensuales iguales por el valor de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. ($5.000.000), C.) Un pago final proporcional sobre la base de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. ($5.000.000), por los días ejecutados durante el último mes del contrato, si a ello hubiere lugar, previa presentación del Informe de Obligaciones y certificación del supervisor, el comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y Riesgos Laborales en el porcentaje establecido en el marco normativo vigente.*
Nombre del Supervisor y/o Interventores	*Marcela Castro Ospina*
Dependencia	*Talento Humano*

Servicio de Empleo	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATO**	**Código: AD-Ft-13** **Versión:** 6 **Vigente desde: 28**-01-2020

4. Ejecución Contractual

OBLIGACIONES	PRODUCTOS Y DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
1. Elaboración, liquidación, trámite y registro en el aplicativo Kactus, de la nómina mensual a partir de la consolidación de novedades y situaciones administrativas que afectan la nómina según lo reportado por el Grupo de Gestión y Desarrollo del Talento Humano.	*Se realiza la liquidación de nómina para el mes de julio 2020.*	*N/A*
2. Elaboración, liquidación, trámite y Verificación Normativa - técnica de la liquidación de las prestaciones sociales que afecten la nómina de la entidad.	*Se realiza validación del cumplimiento del pago de las prestaciones sociales, de acuerdo a la normatividad vigente.*	*N/A*
3. Realizar y validar la elaboración de la liquidación de cesantías parciales y definitivas, emitir los informes pertinentes y dar trámite para el cumplimiento ante el Fondo Nacional del Ahorro.	*Se realiza liquidación de cesantías para pasar informe al FNA.*	*N/A*
4. Liquidación y aplicación de descuentos tributarios inherentes a la nómina de los funcionarios de la entidad, conforme a las normas establecidas para tal fin.	*Se realiza validación de retención en la fuente sobre las primas, se encuentra parametrización errada en tabla de rangos de retención.*	*N/A*
5. Brindar el apoyo necesario para el uso de las funcionalidades del aplicativo de nómina Kactus según los roles y perfiles definidos.	*Validar permisos del personal de apoyo e ir asignando de acuerdo a la necesidad.*	*N/A*
6. Proyectar y hacer seguimiento mensual al Presupuesto y al Programa Anual de Caja – PAC, del Grupo de Gestión y Desarrollo del Talento Humano.	*PAC realizado por la coordinadora de gestión humana para el mes de julio*	*N/A*
7. Elaborar reportes, comunicaciones, notificaciones, peticiones, insumos para atender acciones judiciales y demás requerimientos de competencia del Grupo de Gestión de Desarrollo de Talento Humano.	*Se envía informe de las solicitudes realizadas por financiera.*	*N/A*
8, Suministrar oportunamente la información solicitada por el Grupo Financiero y demás dependencias de la Entidad en lo relacionado con el proceso de nómina	*Se envía informe de los empleados que tomaron vacaciones para el segundo trimestre 2020. Alicuotas correspondientes al mes de junio 2020 Se envían planos para pago de nomina y seguridad social para el mes de julio 2020*	*N/A*
9. Auditar y monitorear las entregas de funcionalidades del sistema de Nómina, de parte del proveedor, por cuenta de cambios legales y procedimentales en la aplicación del proceso de Gestión del Talento humano.	*Aún no se presenta este tipo de novedades en la nómina.*	*N/A*
10. Auditar y revisar los procesos y procedimientos ajustados al mapa del proceso de Gestión de desarrollo talento humano, controlando documentos y directrices de la unidad a través de la secretaria general y estableciendo indicadores del área.	*Aún no se presenta este tipo de novedades en la nómina.*	*N/A*
11. Las demás inherentes a su objeto contractual	*se lleva a cabalidad el cumplimiento de este contrato.*	*N/A*

5. Pago Aportes Parafiscales

CONCEPTO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	PERIODO CANCELADO Y NUMERO	PORCENTAJE DE PAGO
SALUD (EPS)	*$ 233.400*	***Sanitas***	*JULIO DE 2020*	CORRESPONDE AL 40 % IBC SOBRE INGRESOS
ARL	*$ 9.800*	***Positiva***		
PENSIÓN	*$ 298.700*	***Porvenir***	*44982247*	
FECHA DE PAGO	*28/08/2020*			

6. Información sobre el Objeto y Obligaciones

CUMPLE	X	NO CUMPLE	

Cumplimiento *: Cumplió con oportunidad y calidad todas las actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el 1 al 30 de julio de 2020 , se realiza seguimiento que se evidencia en los soportes radicados. Respecto de la calidad no se reporta ninguna inconformidad.*

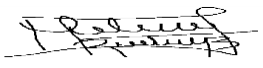
Nota *: Con relación al periodo de la presente vigencia el contratista cumplió con las obligaciones del contrato asignadas.*

RECOMENDACIONES.

• No se presentó ninguna modificación durante el periodo actual.

En caso de ***NO CUMPLE*** *indique sobre el incumplimiento del objeto del contrato y de las condiciones técnicas del mismo en el respectivo período (Detallar en relación a las actividades desarrolladas en el período):*

7. Firma Responsable

ORIGINAL FIRMADO	
Marcela Castro Ospina	**Claudia Milena Rodríguez Forero**
C.C. Nº 52.317.000	C.C N° 52.201.261
Supervisor	Contratista