AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

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

Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 8	**Fecha de aprobación:** 27/01/2026

Fecha de Diligenciamiento: DD **01** / MM **Julio** / AAAA **2026**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **Michel Giovanni Calderón Gutiérrez**

NIT/CC No.: **79.951.367**

Información Contractual

Contrato No.: 26000461 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervisión e integración de los proyectos asociados a los sistemas CNS/MET-ENE.

Valor Honorarios mensuales: $ 10.512.547,00

Valor Diario: $ 350.418,00

Fecha de Suscripción: 24 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 31 / dic / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 62-46-101016862

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de expedición: 28 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 31 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 27 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 31 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

	No. Compromiso Presupuestal / RP	Fecha Compromiso Presupuestal / RP	Valor	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
Información Inicial	68026	19 / ene / 2026	$ 120.543.872,00	$ 42.050.188,00	$ 78.493.684,00
Adición 1			$ -	$ -	$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 120.543.872,00	$ 42.050.188,00	$ 78.493.684,00

Información para Pago

No. Pago: **05**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

Desde **01 / jun / 2026** (DD / MM / AAAA)

Hasta **30 / jun / 2026** (DD / MM / AAAA)

Relacione las facturas

Tipo de Documento	*No. Factura*

Dependencia de Gasto - RP	**Código Rubro Presupuestal a afectar**	**Valor a cobrar (Antes de IVA)**	**Valor IVA (si aplica)**	**Total**
5200 DIRECCIÓN DE TELECOMUNICAC	C-2403-0600-51-52104E-2403080-02	$ 10.512.547,00	$ -	$ 10.512.547,00
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
	Total a Pagar:	$ 10.512.547,00	$ -	$ 10.512.547,00

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

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

Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 8	**Fecha de aprobación:** 27/01/2026

INFORMACIÓN PLANILLA DE PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mes Planilla SSS aportada	Junio
Planilla(s) No.	90976716
¿Es Pensionado? (seleccione)	NO

APORTE MÍNIMO
(valores calculados sobre el valor total a pagar)

IBC		$ 4.205.018,80
Salud Obligatoria (12,5%)		$ 525.600,00
Pensión Obligatoria (16%)		$ 672.800,00
ARL	Riesgo I	$ 22.000,00
Fondo de Solidaridad		$ -
TOTAL APORTES		$ 1.220.400,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria	Ahorros
Cuenta Bancaria No.	03150645599
Nombre Entidad Bancaria	
BANCOLOMBIA S.A.	

***IMPORTANTE: Si cambió su cuenta bancaria, debe, previamente, informar al Grupo Contabilidad y al Grupo Presupuesto - Dirección Financiera, para realizar el proceso de actualización de esta información.**

Autorización de Pago por Parte del(los) Supervisor(es)

En mi calidad de Supervisor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a través de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral, las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

Firma:		Firma:	
Nombre:	ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA	Nombre:	
Cargo:	DIRECTOR DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A I	Cargo:	
Dependencia:	DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A	Dependencia:	

OBSERVACIONES

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**FORMATO**		
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA DEPURACIÓN DE LA BASE GRAVABLE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE		
	Clave: APOY-2.0-12-024	**Versión:** 6	**Fecha de aprobación:** 27/01/2026

Yo, Michel Giovanni Calderón Gutiérrez, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.951.367 expedida en Bogotá, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000461 H3 DE 2026 de fecha 24-ene-26, y declaro bajo la gravedad de juramento que:

Todas las opciones dispuestas en el presente formulario deben estar marcadas con la opción "SI" o "NO" según corresponda

El ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios (Art. 329 del ET, adicionado por el Art.10 de la Ley 1607 de 2012 y Art.1 de la Ley 1819 de 2016).	(seleccione) Si
Respecto del año anterior mis ingresos totales fueron superiores a 1.400 UVT, sin incluir IVA, y por consiguiente estoy obligado a presentar declaración de renta.	(seleccione) Si
Para el cálculo de retención en la fuente a titulo de renta respecto de mis ingresos solicito se apliquen las tarifas del Art. 383 del ET, dado que no se tomarán costos y deducciones asociadas a dichas rentas en virtud del Art. 9 del Decreto 2231 de 2023. (En caso de pertenecer al Régimen Simple de Tributación seleccionar la opción "NO").	(seleccione) Si

Los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Aeronáutica Civil, en cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4 del Decreto 2271 de 2009, Art. 26 de la Ley 1393 de 2010, Arts. 108 y 126-1 del ET, Decreto 1070 de 2013 modificado por el Art. 9 del Decreto 3032 de 2013 y el Art. 15 del Decreto 836 de 1991, y hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador en la que se evidencia su estado pagada:

Nota: Para el trámite de la primera cuenta de cobro, en caso de no contar con el soporte de pago de la planilla de seguridad social que corresponda a dicho periodo, anexar el certificado de afiliación como independiente, con fecha de expedición máxima de 30 días.

	NOMBRE EPS, AFP Y ARL	VALOR APORTE (Sin intereses de mora)	PLANILLA(s) No.	PERIODO	
				MES	AÑO
EPS	COMPENSAR	$ 675.000,00	90976716	Junio	2026
AFP	COLPENSIONES	$ 864.000,00			
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 28.200,00			

DEDUCCIONES

En caso de marcar la opción "SI" en alguna de las siguientes opciones es OBLIGATORIO adjuntar los soportes correspondientes que respalden las deducciones solicitadas.

(seleccione) No — Solicito deducción por concepto de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

(seleccione) Si — Solicito deducción por concepto de pagos de medicina prepagada o seguros de salud, a empresas o compañías de seguros vigiladas por la SuperSalud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

(seleccione) No — Solicito deducción por dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

Marque la(s) opción(es) que corresponde(n):

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☐
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 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. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes. ☐

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. ☐

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. ☐

TIPO DE DOCUMENTO	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO

DEDUCCIONES DE RENTAS EXENTAS - APORTES VOLUNTARIOS

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

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD	No. DE CUENTA	VALOR

Se firma el día 1 del mes de Julio del 2026

Michel Giovanni Calderón Gutiérrez
Firma

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MICHEL GIOVANNI CALDERON GUTIERREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 79951367, canceló la suma de CUATRO MILLONES VENTIDOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS $4.022.340,00 por concepto de PC ESPECIAL MOD CUOTA MODERADORA CONPOS durante el 2025

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parent.	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
ROSA HELENA HERNANDEZ BARRANTES	CC - 52353174	CY	$ 1,915,400	$ 95,770	$ 2,011,170
MICHEL GIOVANNI CALDERON GUTIERREZ	CC - 79951367	TR	$ 1,915,400	$ 95,770	$ 2,011,170
Total			**$ 3,830,800**	**$ 191,540**	**$ 4,022,340**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 30 días del mes de enero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12957412

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 3
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 4
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	26000461 H3 DE 2026
Nombre del Contratista:	**Michel Giovanni Calderón Gutiérrez**
Periodo informe:	**1 de Junio al 30 de Junio de 2026**
Nombre de Supervisor:	**Alvaro Willington Ortiz Suaza**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**Dirección de Telecomunicaciones y ayudas a la Navegación Aérea**

2. OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para apoyar las actividades de seguimiento, análisis técnico y mantenimiento que soportan la infraestructura de telecomunicaciones aeronáuticas.

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

PERÍODO: día 1 al día 30 de mes JUNIO de 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1. Brindar apoyo técnico desde el área de ingeniería de sistemas en los contratos que tiene a cargo la Dirección de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea, en el	Remití avance del proceso en la sesión de seguimiento de los documentos del proceso equipos de red al ingeniero Alvaro Ortiz.	Obligacion_1

PERÍODO: día 1 al día 30 de mes JUNIO de 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
marco de la ejecución de los proyectos de mantenimiento, o los demás que adelanta la Dirección, de acuerdo con la asignación que realice el Director.		
2. Brindar apoyo técnico al seguimiento, al avance y cumplimiento de las metas físicas e inversión y proyectar los documentos necesarios que permitan lograr el cumplimiento de las obligaciones de las partes (AEROCIVIL, Contratista e Interventoría), en procura de mantener una dinámica adecuada en la ejecución de los mantenimientos de la infraestructura y de facilitar la toma de decisiones por parte de la AEROCIVIL, frente a las situaciones que se le presenten a su consideración.	Asistí a la sesión de entendimiento para el proyecto SISTEMAS ADS-B A NIVEL NACIONAL de igual manera se procedió con la revisión de la documentación remitida y a la estructuración del proceso SIM - INCLUYE SITIO WEB METEOROLOGÍA.	Obligacion_2
3. Realizar apoyo a la supervisión desde el punto de vista técnico, financiero, administrativo, legal y contable, haciendo uso de los controles establecidos contractualmente en los proyectos que le sean asignados y en la normatividad interna de la entidad para el correcto desarrollo de los mismos.	Realice ajustes en el formato ficha técnica del proceso ciberseguridad remitidos por la dependencia. Adicional a ello, se inició la revisión de la documentación para el proyecto SISTEMA DE INFORMACION CONTROL-T.	Obligacion_3
5. Preparar los distintos documentos, respuestas y/o requerimientos, técnicos que sean solicitados por los Coordinadores de los grupos que conforman la Dirección de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea, de acuerdo con la asignación realizada por el Director.	Realice solicitud de información para avanzar con el proceso de revisión del proceso posterior a ello, se remitió aclaración conjunta con la abogada del proceso: - Sistema AWOS Metconsole de Meteorología Aeronáutica.	Obligacion_5

PERÍODO: día 1 al día 30 de mes JUNIO de 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
8. Ejecutar todas aquellas actividades, trámites, o gestiones conexas, complementarias, incidentales o necesarias para el cabal cumplimiento del objeto y q sean asignadas por la supervisión.	Asistí a las reuniones que me fueron solicitadas ya sea presencial o virtual.	Obligacion_8

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	**CANTIDAD**	**FECHA DE ENTREGA**	**A SATISFACCIÓN**	
NA	NA	NA	SI	NO

2. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

El contratista ha cumplido con las obligaciones contractuales en tiempo, oportunidad y calidad.

Manifiesta buena disposición, iniciativa y colaboración en el trabajo.

3. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

a. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	NO
2	Tipo de riesgo	No aplica
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	No aplica
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	No aplica
5	¿Fue oportuna la mitigación?	No aplica
OBSERVACIONES: No aplica		

b. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1 EXAMEN OCUPACIONAL

¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE?	
SI	**NO**
X	
¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?	
SI	**NO**
X	

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN	**FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN**
27-08-2025	27-08-2028

5.2.2. CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?

SI	NO
X	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	
05-02-2026	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	

NOTA: este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección Administrativa informe.**

4. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

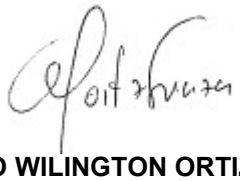
a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

Valor Contrato	**$ 120.543.872,00**	**100%**
Febrero	$ 10.512.547,00	8,72%
Marzo	$ 10.512.547,00	8,72%
Abril	$ 10.512.547,00	8,72%
Mayo	$ 10.512.547,00	8,72%
Junio	$ 10.512.547,00	8,72%
Saldo	**$ 67.981.137,00**	**65,12%**

b. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.



ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA
Director de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea
SUPERVISOR

NOTA: SI EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERE AÑADIR CAMPOS PARA RENDIR SU INFORME PUEDE HACERLO.

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	79951367	MICHEL GIOVANNI CALDERON GUTIERREZ	Cra 5 # 26 - 80	3016276880	mgcg579@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90976716	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.567.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	675.000	0		0		0	0	0	0	675.000	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	864.000	0	0	0	0	0	0		864.000	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	675.000	675.000
Pensión	1	864.000	864.000
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.567.200	1.567.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79951367	MICHEL GIOVANNI CALDERON GUTIERREZ	Cra 5 # 26 - 80	3016276880	mgcg579@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90976716	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.567.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79951367	CALDERON GUTIERREZ MICHEL GIOVANNI	59	0			N																	25-14	5.400.000	30	864.000	0	0	0	0	EPS008	5.400.000	30	675.000	14-23	5.400.000	30	1	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	Pago 001	16/03/2026 8:56:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5/03/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10.512.547 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Pago 002	26/03/2026 10:44:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3/03/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10.512.547 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	Pago 003	30/04/2026 5:30:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5/05/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10.512.547 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	Pago 004	26/05/2026 8:15:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	26 días de tiempo transcurrido *(3/06/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10.512.547 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	Pago 005	1 día de tiempo transcurrido *(28/06/2026 3:53:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	10.512.547 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	RP 57326 CTO 26000461 H3_firmado.pdf	RP 57326 CTO 26000461 H3_firmado.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	8. Certificado_de_Afiliación_ARL.pdf	8. Certificado_de_Afiliación_ARL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	HV_MICHEL CALDERON-signed.pdf	HV_MICHEL CALDERON-signed.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Aprobacion_HV_SIGEP.pdf	Aprobacion_HV_SIGEP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Declaracion_BienesRentas.pdf	Declaracion_BienesRentas.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CompiladoDocumentosMichelCalderonlista_20260306184347.pdf	CompiladoDocumentosMichelCalderonlista_20260306184347.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CC 79951367 MICHEL CALDERÓN GUTIÉRREZ P03 26000461 HONORARIOS.pdf	CC 79951367 MICHEL CALDERÓN GUTIÉRREZ P03 26000461 HONORARIOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CC 79951367 Michel Giovanni Calderón Gutiérrez.pdf	CC 79951367 Michel Giovanni Calderón Gutiérrez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CC 79951367 Michel Calderón Gutiérrez CTO 26000461 H3 DE 2026 CTA 04.pdf	CC 79951367 Michel Calderón Gutiérrez CTO 26000461 H3 DE 2026 CTA 04.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo