	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
La salud es de todos Minsalud	FORMATO	Declaración juramentada Depuración de base de cálculo de retención Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente	Versión	05

Bogotá D.C., Abril 9 de 2021

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO X superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO X superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI X NO _____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO X

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI _____ NO X

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 900 474 727 - 4 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: RESPONSABLE DE IVA NO RESPONSABLES DE IVA X

Contrato de Prestación de Servicios No.: 380 Fecha Inicio: 12 de Agosto de 2020

Contratista: DANILO BONILLA MORALES Fecha terminación: 30 de Julio de 2021

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 9.387.635,00 Prorroga:

Valor total del contrato (iva incluido): $ 134.055.432,00 Valor de Adición:

Fecha de inicio de la cesión: Valor de la Cesión:

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación _____ de _____ según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No _____ de _____, por lo que solicito con cargo al desembolso No. _____ del contrato No. _____ se consigne en mi nombre la suma de ($) _____ a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en _____ la suma de ($) _____

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de _____ _____ que no supera las 16 UVT mensuales.

13. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,

DANILO BONILLA MORALES
C.C. 79.493.424

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: DBM-14	Código Único de Factura - CUFE: 2e2dfd7bb60343db601df9fd7b5fc8ab62f5dd2654ed544984d8a0530733e6908ca6e1e1a90236065b453b46b1c7ba88	
Fecha de Emisión	06/04/2021	Fecha de Vencimiento	21/04/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	DBM
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Transferencia Débito Interbancario
Tipo de Entrega			

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 79493424	Razón Social:	BONILLA MORALES DANILO
Nombre Comercial	BONILLA MORALES DANILO		
Tipo de Contribuyente	Persona Natural	Dirección	CR 45 44 21 TO 5 AP 902 CON RAFAEL NUÑEZ
Régimen Contable	No responsable de IVA	Departamento	Bogotá
Actividad Económica Principal	6920	Correo	danilobonilla123@yahoo.es
Tipo Responsabilidad	O-49;O-52	Municipio	Bogotá, D.c.
		Teléfono	3936634

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900474727	Razón Social:	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CRA 13 32 76
Número Documento	900474727	Departamento	Bogotá
Nombre Comercial	MINSALUD	Municipio	Bogotá, D.c.
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3305000
Tipo de Responsabilidad	O-09;O-13;O-14;O-37		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1	0003	HONORARIOS SIN IVA	NIU	1,00	$ 9.387.635,00						$ 9.387.635,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

#$19-01-01-000;Contrato 380-2020;avega@minsalud.gov.co#$
HONORARIOS MES DE MARZO -2020 CONTRATO 380-2020

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	9.387.635,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total impuesto detalle (+)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	9.387.635,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	9.387.635,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764009294998 Rango Autorizado: Desde 11 Rango Autorizado: Hasta 100 Vigencia: 2021-06-29

La salud es de todos Minsalud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA		Código	GFIF03
	FORMATO	Certificación pago parcial		Versión	1

(1) Contrato No.	380 de	2020	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:		DANILO BONILLA MORALES	
(3) Dirección:	Carrera 45 # 44-21 B 5 apto 902	(4) Teléfono:	3153389502
(5) Cédula y/o NIT:	79.493.424	(6) Correo electrónico:	dbonillam@minsalud.gov.co
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):		**AMANDA VEGA FIGUEROA**	
(8) Dependencia:	SUBDIRECCION DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	(9) No. Extensión o teléfono:	1921
(10) Objeto:	**"Prestación de Servicios Profesionales al Ministerio, apoyando el estudio y análisis contable de la información reportada por las EPS para proponer el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.."**		
(11) Plazo de ejecución:	DEL 12 DE AGOSTO DE 2020 AL 30 DE JULIO DE 2021 (11 meses 19 dias)		
(12) Fecha de inicio:	12 de Agosto de 2020	(13) Fecha terminación:	30 de julio de 2021
(14) Valor inicial del contrato: $	**$ 134.055.432,00**		
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $	$ 9.387.635,00		
(16) Valor desplazamientos: $	$ 0,00		
(17) Adición ($):	N/A		
(18) Prórroga (tiempo)	N/A		
(19) Suspensión	N/A		
(20) Cesión:	N/A		
(21) Concepto del pago:	**OCTAVO PAGO CONTRATO 380 PERIODO: Del 1 al 30 de marzo de 2021**		

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
VIGENCIA 2020: Inicial: $55.856.430 VIGENCIA 2021: Inicial: $65.713.445 TOTAL: $121.569.875	VIGENCIA 2020: $48.192.990,oo VIGENCIA 2021: $18.775.270	VIGENCIA 2020: $0 VIGENCIA 2021: $9.387.635	VIGENCIA 2020: $7.663.440.oo VIGENCIA 2021: $0	VIGENCIA 2020: $0 VIGENCIA 2021: $37.550.540,oo

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 475.000,00	(28) Pensión valor aporte: $	$ 646.000,00
(29) ARL: $	$ 19.900,00		
(30) Planilla de pago No.	937586328	(31) Fecha:	29 de marzo de 2021
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista, **Danilo Bonilla Morales**, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. **380 de 2020,** presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

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).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ ($9.387.635,oo) Nueve Millones trescientos ochenta y siete mil seiscientos treinta y cinco pesos moneda corriente.

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

AMANDA VEGA FIGUEROA

(36) Fecha: **Abril 8 de 2021** Bogotá D. C.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCOF18
La salud es de todos · Minsalud	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión	02

Contrato No.	380 de 2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DANILO BONILLA MORALES		
Nombre del supervisor y/o interventor	AMANDA VEGA FIGUEROA	Teléfono / Extensión	335000 1921
Dependencia	DIRECCION DE REGULACION DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD		
Objeto del contrato	"Prestación de Servicios Profesionales al Ministerio, apoyando el estudio y análisis contable de la información reportada por las EPS para proponer el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.."		
Fecha de inicio	miércoles, 12 de agosto de 2020	Fecha de terminacion	viernes, 30 de julio de 2021
Periodo objeto del informe:	01 de marzo de 2021 - 31 de marzo de 2021		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Contratista
1	Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor. |	Se realizaron los informes pactados y requeridos por el supervisor.	Informe de actividades	
2	Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.	Se cumplió con la obligación	N/A	
3	Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	Se cumplió con la obligación	N/A	
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No se presentaron novedades.	N/A	
5	Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.	N/A	N/A	

6	Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se cumplió con la obligación	Soporte de pago de aportes mes de agosto de 2020	
7	Atender los lineamientos dados por el MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión Institucional-SIGI.	Se cumplió con la obligación	N/A	
8	Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por el MINISTERIO relacionados con el sistema de gestión de seguridad de la información.	Se cumplió con la obligación.	N/A	
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio, cuando a ello hubiere lugar.	Se cumplió con la obligación.	N/A	
10	Entregar a la finalización del contrato en medio magnético (en 2 copias), los archivos tipo Office o cualquier otro medio utilizado para la elaboración de los entregables y/o productos pactados en el contrato, esto incluye todas las versiones o archivos que sirvieron de soporte para la consecución de los mismos.	N/A	N/A	
11	Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	N/A	N/A	
12	Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del sistema de gestión documental (ORFEO)	N/A	N/A	
13	Asistir a las actualizaciones programadas por EL MINISTERIO que contribuyan al mejoramiento y fortalecimiento de la atención al ciudadano y del sistema integrado de gestión - SIG	N/A	N/A	
14	Constituir la garantía a favor de EL MINISTERIO en los términos establecidos en este documento y mantenerla vigente durante el término de ejecución del contrato, por los valores y con los amparos previstos en el mismo y presentarla dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la firma de contrato.	Se cumplió con la obligación	Póliza de garantía	
15	Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo	Se cumplió con la obligación	Soporte de afiliación y pago de seguridad social	

	señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por el CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.			
16	EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al sistema de seguridad social integral realizado correspondiente al último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	Se cumplió con la obligación y se reporta en este informe	Se anexa planilla de pago	
17	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.			
	Obligaciones específicas			
18	1.Elaborar un plan de trabajo para el desarrollo del contrato.	18.1 Plan de trabajo entregado y concertado.	18.1.1 Anexo plan.	100%
19	2. Apoyar en el análisis del Estado de situación Financiera y el estado de resultados integrales reportados por las EPS (RC, RS) clasificadas en los Grupos 1 y 2 de NIIF, correspondientes a las vigencias 2019 y 2020, para determinar el porcentaje de la unidad de pago por capitación (UPC), el porcentaje de gastos de administración y los costos de prestación de servicios en las IPS, en relación a COVID-19 y no COVID-19	19.1. . Avance Documento que dé cuenta del avance del análisis de el estado de situación Financiera y el estado de resultados integrales reportados por las EPS (RC, RS) clasificadas en los Grupos 1 y 2 de NIIF, correspondientes a las vigencias 2019 y 2020, para determinar el porcentaje de la unidad de pago por capitación (UPC), el porcentaje de gastos de administración y los costos de prestación de servicios en las IPS, en relación a COVID-19 y no COVID-19	19.1.1. Avance Documento 19.1.2. Archivo Excel a los cierres contables de 2019 y enero a diciembre 2020. 19.1.3 Instrumento de recolección de información costos IPS.	Avance 68.%
20	3. Apoyar en la elaboración de tres (3) boletines informativos en el marco de su objeto contractual	20.1 Avance en la elaboración de boletines informativos		Avance 0 %
21	4, Apoyar en la implementación de la facturación electrónica para el sector salud, enmarcado en las disposiciones técnicas y legales dadas por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales-DIAN	21.1 Avance documento que dé cuenta del avance en la implementación de la facturación electrónica con los diferentes actores del sistema.	21.1.1 Avance documento factura electrónica sector salud. 21.1.2 Archivo preguntas Resolucion 84, trabajadas con el equipo de FE.	Avance 68%
22	5. Apoyar en la determinación del costo de operación de la IPS responsable del modelo de atención MIAS en el departamento de Guainía	22.1 Avance documento que dé cuenta de la determinación del costo de operación de la IPS responsable del modelo de atención MIAS en el departamento de Guainía	22.1.1 Estados financeros hospital MEP.	Avance 50%

23	6. Suscribir conjuntamente con el Supervisor el formato GCOF03 Acuerdo de ejecución contractual, o el que haga sus veces el cual deberá remitir al Grupo de Ejecución y Liquidación Contractual como requisito para el trámite del primer pago.	Se cumplió con la obligación y se reporta en este informe	Se cumplió con la obligación y se reporta en este informe	Avance 100%

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firma del Contratista
Fecha: 09/04/2021

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐
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. El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio.
   SI ☒ NO☐
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐
5. A la fecha SI ☒ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información

En constancia, firmo:

AMANDA VEGA FIGUEROA
Supervisor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., viernes, 09 de abril de 2021

RAD_S

Radicado No.: ***RAD_S***

Bogotá D.C. abril 09 de 2021

PARA: **DIANA CAROLINA CASTELLANOS SIERRA**
Grupo Contabilidad

DE: **AMANDA VEGA FIGUEROA**
Supervisa - contrato No. 380 de 2020

ASUNTO: **REMISIÓN DOCUMENTOS OCTAVO PAGO CONTRATO 380 DE 2020**

Me permito adjuntar los documentos para el **octavo pago** correspondiente al Contrato No. 380 de 2020, por el periodo comprendido del 1 al 30 de marzo de 2021 de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.

Como soporte de la presente comunicación envío adjunto**:**

- Formato GFIF03 Certificación pago parcial.
- Factura correspondiente del 1 al 30 de marzo de 2021
- Copia del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS por el mes de marzo de 2021 planilla No 937586328
- Formato GFIF02 Declaración Juramentada.
- Formato GCOF18 Informe Parcial de Supervisión.

AMANDA VEGA FIGUEROA
Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

RAD_S

Radicado No.: ***RAD_S***

Bogotá D.C., abril 9 de 2021

PARA: **Dra. INGRID CORDOBA AMARILLO**
COORDINADORA GRUPO DE EJECUCION Y LIQUIDACION CONTRACTUAL

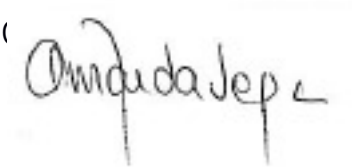
DE: **AMANDA VEGA FIGUEROA**
SUPERVISORA - CONTRATO No. 380 DE 2020

ASUNTO: **REMISIÓN DOCUMENTOS OCTAVO PAGO CONTRATO 380 DE 2020**

Me permito adjuntar los documentos para el **octavo pago** correspondiente al Contrato No. 380 de 2020, por el periodo comprendido del 1 al 30 de marzo de 2021 de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago.

Como soporte de la presente comunicación envío adjunto**:**

- Formato GFIF03 Certificación pago parcial.
- Factura correspondiente del 1 al 30 de marzo de 2021.
- Copia del pago de los aportes por parte del contratista al SGSSS por el mes de marzo de 2021 planilla No 937586328
- Formato GFIF02 Declaración Juramentada.
- Formato GCOF18 Informe Parcial de Supervisión.



AMANDA VEGA FIGUEROA
Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
Supervisora.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	79493424-	DANILO BONILLA MORALES	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	3	2021	4955895

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CRA 45 44 21	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3153389502		danilobonilla123@yahoo.es	6920	0	1	2021/03/29	937586328

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	475.000	0		0		0	475.000	0	0	0	475.000	0		0	0	475.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	608.000	0	0	38.000	0	0	0	646.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	19.900		0	0	19.900

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	19.900		0	199	19.900

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	646.000	646.000
SALUD	475.000	475.000
RIESGOS LABORALES	19.900	19.900
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.140.900	1.140.900

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79493424	BONILLA MORALES DANILO	EPS008	25-14																				3.800.000	3.800.000	0	3.800.000	0			608.000	38.000	0	475.000	0

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