22

Bogotá, D.C., 24 de septiembre d

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20182000811822
Fecha Radicado: 2018-09-24 17:22:30
Anexos: 9 FOLIOS.

Señores
ICFES

No. 20182000811812
Fecha Radicado: 2018-09-24 17:22:03
Anexos: 9 FOLIOS.

Ref.: Radicación cuenta de cobr

En atención a la Comunicación In ... recibida el 22 de abril del 2016 y según radicado No. 20162300008863, relacionada con la radicación de cuentas de cobro, atentamente hago entrega de los siguientes soportes, correspondiente a mí CONTRATO No. 240 del 2018:

Grupo de documentos para la Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales:

- Certificación original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
- G3.2.F09 Informe de ejecución contractual
- Cuenta de cobro
- Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Certificación Tributaria

Cordialmente,

HELLMAN DARIO SALAZAR ALDANA
C.C. No. 82'391.201

22

icfes mejor saber	GOBIERNO DE COLOMBIA	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	**Código: G3-FT001**
			Versión: 003

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación: **sep-2018**

Contrato No:	240	**Fecha de contrato:**	**01/02/2018**			**Nombre de Contratista**	**HELLMAN DARIO SALAZAR ALDANA**		
No. de factura o documento equivalente:	8	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**82.391.201**		
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	8			**Periodo a pagar:**	**DE:** **01/09/2018**	**A:**	**30/09/2018**

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

1 Gestión y seguimiento de depuración de procesos y sesiones bloqueantes por aplicación en base de datos MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
2 Gestión y seguimiento de depuración de procesos y sesiones bloqueantes por aplicación en base de datos ICFESDB producción (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
3 Reunión de seguimiento de operaciones del proveedor UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
4 Depuración y validación de espacio de almacenamiento de la instancia MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)
5 Creaciòn, afnamiento y modificaciòn de usuarios y objetos en bases de datos productivas (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
6 Atención a solicitudes de ejecución de scripts por demanda (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
7 Validación de Informes y comunicados UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
8 Monitoreo de bases de datos (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)
9 Validación de estructura y datos de copia de esquema SB359 (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)
10 Gestión y seguimiento a corrección de vulnerabilidades de seguridad en servidores de bases de datos por parte de UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
11 Gestión de firma de riesgos para mantenimiento de permisos de usuario DBA ICFES (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)
12 Acompañamiento en pruebas y salida a producción de citaciones (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3. Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	**Nombre Centro de Costo***	**Monto a Pagar**
CCAT03	Subdirección de Información	8.000.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **8.000.000**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CARLOS CARDONA**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTOR DE INFORMACIÓN**

*Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No **240 de 2018**, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	**HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA**			**C.C. / C.E. No.:**	**82'391.201**	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/09/2018	**Hasta**	30/09/2018	**INFORME No.:**	**8**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	240	**Fecha de inicio**	01/02/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018

Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula **SEGUNDA**, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: **"Prestar sus servicios profesionales para apoyar la administración de las bases de datos misionales, analíticas y de apoyo, que son responsabilidad del área de la Subdirección de Información".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula **SEPTIMA** del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **OCHENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($88.000.000) MCTE**, precio correspondiente a 112.64 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018 los cuales incluye IVA.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de **CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS ($54'667.000) MCTE** los cuales incluye IVA.*
SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: *El saldo del contrato es de la suma de **TREINTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS ($33.333.000) MCTE.***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **OCTAVA** del contrato, el plazo del mismo se pactó en **ONCE (11)** meses, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio.*
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El 19 de **ENERO** de **2018** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El 01 de **FEBRERO** de **2018** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **240**.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "****a) Once (11) pagos mensuales por valor de OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) M/CTE IVA incluido, previa constancia de recibo de satisfacción por parte del supervisor del contrato. Valores que serán pagados por la entidad previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las actuaciones realizadas por el contratista, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Para el mes de diciembre, además de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación y aprobación del informe final de gestión y la entrega efectiva de los elementos físicos y documentos que se dispusieron por parte del ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la presentación de los anteriores documentos, serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Los anteriores pagos, están sujetos a las fechas dispuestas por la Subdirección Financiera y Contable."*

PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA*: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. de factura o documento equivalente	Fecha de factura o documento equivalente	Concepto	Valor
1	26/02/2018	PAGO FEBRERO	***$ 8.000.000***
2	26/03/2018	PAGO MARZO	***$ 8.000.000***
3	25/04/2018	PAGO ABRIL	***$ 8.000.000***
4	25/05/2018	PAGO MAYO	***$ 8.000.000***
5	25/06/2018	PAGO JUNIO	***$ 8.000.000***
6	25/07/2018	PAGO JULIO	***$ 8.000.000***
7	27/08/2018	PAGO AGOSTO	***$ 6.667000***
8	DD/MM/AAAA		$
9	DD/MM/AAAA		$
10	DD/MM/AAAA		$
11	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
								X				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Gestión y seguimiento de depuración de procesos y sesiones bloqueantes por aplicación en base de datos MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)	100%
2	Gestión y seguimiento de depuración de procesos y sesiones bloqueantes por aplicación en base de datos ICFESDB producción (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)	100%
3	Reunión de seguimiento de operaciones del proveedor UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
4	Depuración y validación de espacio de almacenamiento de la instancia MISIONAL producción (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
5	Creación, afinamiento y modificación de usuarios y objetos en bases de datos productivas (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
6	Atención a solicitudes de ejecución de scripts por demanda (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)	100%
7	Validación de Informes y comunicados UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
8	Monitoreo de bases de datos (Clausula 4, numeral 1,3 y 4 del contrato 204)	100%
9	Validación de estructura y datos de copia de esquema SB359 (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)	100%
10	Gestión y seguimiento a corrección de vulnerabilidades de seguridad en servidores de bases de datos por parte de TIGO-UNE (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
11	Gestión de firma de riesgos para mantenimiento de permisos de usuario DBA ICFES (Clausula 4, numeral 1,4 y 6 del contrato 204)	100%
12	Acompañamiento en pruebas y salida a producción de publicación de citaciones (Clausula 4, numeral 2 del contrato 204)	100%
13		100%
14		100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **CARLOS ANDRES CARDONA LOPEZ** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

***CARLOS ANDRES CARDONA LOPEZ,** en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,*

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el **24** de **septiembre** de **2018**

Helman Darío Salazar Aldana
Elaboró

Carlos Cardona
Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA
CC. No. 82'391.201 de Fusagasugá
Régimen Simplificado

LA SUMA DE: OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) MONEDA CORRIENTE.

Prestar sus servicios profesionales para apoyar el análisis y desarrollo de las bases de datos y dar soporte en las actividades de gestión de las bases de datos, realizar la calificación de las diferentes pruebas que se realicen y acompañar cada uno de los procesos de la subdirección de información que le sean delegados.

Favor consignar de la siguiente manera:

A la cuenta de ahorros: **029-01544-2 de ITAU**

Se anexan formatos de planillas de pago de Salud y Pensión según Planilla.

Cordialmente,

HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA
CC. No. 82'391.201 de Fusagasugá
BOGOTA, 24 de septiembre de 2018

Bogotá D.C., 24 de septiembre del 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en mi base de retención de la cuenta del mes de septiembre de 2018.

De acuerdo al art. 17 Ley 1819 de 2016 y al art. 383 parágrafo 2, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del art. 383 ET para la retención como independiente por rentas de trabajo.

Conforme al D. 4713 de 2005, D. 2271 de 2009, Ley 1819/16 y demás normas concordantes o complementarias, les solicito se tenga en cuenta las disminuciones de mi base de retención:

1. Medicina prepagada, MEDISANITAS a mi nombre, en la que se benefician mi esposa (o) Malory Padilla Rodriguez, cedula 1.014.232.809, cuyo certificado del año anterior anexo. (Art. 6 DR 4713/05).

2. Bajo la gravedad de juramento, certifico que la planilla de aportes a seguridad social y ARL – PILA que anexo, es **COPIA** descargada directamente de la página, y corresponde a los devengados que obtuve en su empresa el mes de septiembre. (Decreto 1273 de 2018).

Cordialmente,

Heiman Darío Salazar Aldana
C.C. 82'391.201 de Fusagasugá

MEDISANITAS S.A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8
Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá
y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 17 de septiembre de 2018

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica: que durante el año gravable 2017, **HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA** identificado (a) con CC No. 82391201, Titular del Contrato No.20605174735, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MALORY PADILLA RODRIGUEZ	CC 1014232809	CONYUGE	01-09/31-12	$601.200	$30.060	$631.260
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$58.857	$2.943	$61.800

LA SUMA DE: $693.060 (SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SESENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

MEDISANITAS S.A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8

Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 17 de septiembre de 2018

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica: que durante el año gravable 2017, **HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA** identificado (a) con CC No. 82391201, Titular del Contrato No.2060244376, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA	CC 82391201	TITULAR	01-01/31-12	$1.626.800	$81.340	$1.708.140
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$313.904	$15.696	$329.600

LA SUMA DE: $2.037.740 (DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14304554497

(415)7707212489984(8020) 000001430455449 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 823912019 — 6. DV 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de Identificación: 823912019

27. Fecha expedición: 19941031

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA 169

29. Departamento: Cundinamarca 25

30. Ciudad/Municipio: Fusagasugá 290

31. Primer apellido: SALAZAR

32. Segundo apellido: ALDANA

33. Primer nombre: HELMAN

34. Otros nombres: DARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 85 A 23 C 36 CONJ CUMBRES DE MODELIA III IN 4 AP 116

42. Correo electrónico: hedsal@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3174413946

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
0010	20060202	6202	20060913			

Ocupación

51. Código: 2131

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	12																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20161209

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: RAMIREZ CUERVO CAROLINA

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 14-02-2018 01:27:06PM

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	82391201	HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA		Cll 23C Bis Nro 88B 10 Int 2 Apto 401	3174413946	hedsal@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	
2018-09	2018-09	I	10/09/2018	29976092	$960.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suetipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	82391201	SALAZAR ALDANA HELMAN DARIO	59	0			N																230301	3.200.000	512.000	0	0	16.000	16.000	EPS005	3.200.000	400.000	14-28	3.200.000	1	16.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	82391201	HELMAN DARIO SALAZAR ALDANA		Cll 23C Bis Nro 88B 10 Int 2 Apto 401	3174413946	hedsal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			2018/09/10		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	1	10/09/2018	29976092	$960.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	16.000	16.000	0	0		544.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	16.800				16.800	0	0	16.800			168	16.800	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	400.000	400.000
Pensión	1	544.000	544.000
Riesgos Laborales	1	16.800	16.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	960.800	960.800

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