

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGOS

CÓDIGO	FO-GFP-018
VERSIÓN	1
CREACIÓN	2022

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

CONTRATO o CONVENIO No:	VIGENCIA	FECHA DE INICIO (dd/mes/aaaa)	FECHA DE FINALIZACIÓN (dd/mes/aaaa)	TIPO DE CONTRATO
211	2022	1/02/2022	31/12/2022	PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES

OBJETO:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA INTERACCIÓN, PRODUCCIÓN Y PROMULGACIÓN, JUNTO CON LAS OFICINAS DE COMUNICACIÓN DE SUS VIGILADAS, DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL SUBSIDIO FAMILIAR

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NIT / RUT No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
1.033.686.930	CARLOS IVÁN RODRÍGUEZ PLATA	3118277532	CRODRIGUEZ@SSF.GOV.CO

3. DATOS PRESUPUESTALES Y FINANCIEROS DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato	Adiciones (+) Valor	Reducciones (-) Valor	Valor Total del Contrato	Valor Pagado	Valor Causado No Pagado	Valor Ejecutado	Valor Disp. por Pagar	PAGOS EFECTUADOS						
								N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO	
\$ 54.000.000,00	\$ 5.400.000,00	\$ -	\$ 59.400.000,00	\$ 54.000.000,00	\$ 5.400.000,00	\$ 59.400.000,00	\$ -	1	\$ 5.400.000,00	-				
								2	\$ 5.400.000,00	-				
								3	\$ 5.400.000,00	-				
								4	\$ 5.400.000,00	-				
								5	\$ 5.400.000,00	-				
								6	\$ 5.400.000,00	-				
								7	\$ 5.400.000,00	-				
								8	\$ 5.400.000,00	-				
								9	\$ 5.400.000,00	-				
								10	\$ 5.400.000,00	-				
								TOTAL PAGADO		\$	54.000.000,00			

% Ejecución
100,0%

N° DE PAGO
11

4. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

N° COMPROMISO PRESUPUESTAL	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	USOS PRESUPUESTALES	VALOR IMPUTABLE AL RUBRO	N° FACTURA O DOCUMENTO DE COBRO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR	FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mes/aaaa)	VALOR	IVA	TOTAL
23922	C-3602-1300-1-0-3602012	A-02-02-02-008-003-09	\$ 5.400.000,00	11	14/12/2022	\$ 5.400.000,00	\$ -	\$ 5.400.000,00
CONCEPTO DEL BIEN O SERVICIO A PAGAR:								
TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE			\$ 5.400.000,00					

5. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA N°	PRESENTACIÓN	PERIODO COTIZADO	FECHA DE PAGO (dd/mes/aaaa)
63992377	ANTICIPADA	DICIEMBRE	12/12/2022

Para constancia firmo con fecha **14/12/2022**

DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)

Nombre(s)	Jhon Gaviña Marín
# de Identificación	79.154.696
Cargo(s)	Profesional Especializado 21
Dependencia(s)	Despacho Del Superintendente

ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR



Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/Interventor del contrato, convenio o servicio anteriormente descrito, CERTIFICO que el contratista/proveedor ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato/Convenio, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para AUTORIZAR el correspondiente pago, y que enmendado los documentos que respaldan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes, los mismos se encuentran debidamente cargados en el sistema SECOP II para los pagos que aplican.

La supervisión y/o Interventoría CERTIFICA que verifica el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) obligados por el contratista/proveedor en cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 de la Ley 789 de 2002 (...). Verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista dentro o fuera de las horas de su atención, estableciendo una correcta relación entre el monto reportado y las sumas que debieron haber sido cobradas (...). Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, o los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal (...). Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que aplican, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito y se solicitó al Grupo de Gestión Financiera su aprobación a través del Operador Clémpia IT, en marzo de la normalidad vigente y en especial lo establecido en la Circular Externa 028 de 2021 expedida por la Administración del Sistema SIF Nación.

OBSERVACIONES:

Nota: Si se requiere la firma de más supervisores, se podrán incluir al formato.

GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

N° DEL CONTRATO	VIGENCIA	ACTIVIDADES REALIZADAS EN MES	OBJETO DEL CONTRATO
211	2022	DICIEMBRE	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA INTERACCIÓN, PRODUCCIÓN Y PROMULGACIÓN, JUNTO CON LAS OFICINAS DE COMUNICACIÓN DE SUS VIGILADAS, DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL SUBSIDIO FAMILIAR

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTUALIZAR LOS CONTENIDOS DEL PORTAL CORPORATIVO/SEDE ELECTRÓNICA RELACIONADOS CON LA SALA DE PRENSA. REVISAR LOS CONTENIDOS Y SU COMPATIBILIDAD CON LOS DIFERENTES NAVEGADORES DE INTERNET. APOYAR LA ESTRUCTURACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS BOLETINES DE PRENSA EN LAS DIFERENTES REDES SOCIALES DE LA SUPERSUBSIDIO. APOYAR LA REDACCIÓN DE NOTAS Y EVENTOS INSTITUCIONALES PARA SU EMISIÓN EN LA PÁGINA WEB Y REDES SOCIALES DE LA ENTIDAD. MONITOREAR LA INFORMACIÓN PUBLICADA SOBRE LA SUPERSUBSIDIO EN LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ASÍ COMO GENERAR MONITOREO A TEMAS RELACIONADOS CON EL SECTOR Y TEMAS DE INTERÉS DEL DESPACHO FRENTE A SECTORES POLÍTICOS, ECONÓMICOS Y EDITORIALES. DAR TRÁMITE A LAS SOLICITUDES DEL DESPACHO RELACIONADAS CON EL PORTAL CORPORATIVO/SEDE ELECTRÓNICA. ADEMÁS, VELAR POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL PORTAL WEB Y EL DE SUS CONTENIDOS EN PRO DE UNA BUENA EXPERIENCIA AL USUARIO. ADICIONALMENTE, REALIZAR VIDEO INSTITUCIONAL SOBRE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR Y APOYAR LOS VIDEOS SOBRE MONITOREO DE MEDIOS.

OBSERVACIONES

CERTIFICACIÓN

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.
En constancia firma

(Firma del contratista)

(Firma del Supervisor del contrato)




C.C / NIT 1.033.686.930

C.C / NIT 79.154.616



DOCUMENTO DE COBRO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR

CÓDIGO	FO-GFP-017
VERSIÓN	2
CREACIÓN	2022

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

FECHA DE GENERACIÓN DEL DOCUMENTO
(dd/mes/aaaa)

14/12/2022

NÚMERO DE DOCUMENTO

11

ADQUIRIENTE DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR		
NIT	860503600	DV	9

PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS IVÁN RODRÍGUEZ PLATA		
NIT / CC	1.033.686.930	DV	1
TELÉFONO	3118277532		
CORREO ELECTRÓNICO	CRODRIGUEZ@SSF.GOV.CO		

DESCRIPCION ESPECIFICA DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA INTERACCIÓN, PRODUCCIÓN Y PROMULGACIÓN, JUNTO CON LAS OFICINAS DE COMUNICACIÓN DE SUS VIGILADAS, DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL SUBSIDIO FAMILIAR

PAGO CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE:

DICIEMBRE

VALOR A COBRAR

\$ 5.400.000

LETRAS

CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.

CERTIFICO que los documentos soportes suministrados para este trámite de pago, como: Planilla de pago de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL), aportes Voluntarios en cuentas AFC y FVP, se realizaron sobre los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato. Que el número de trabajadores contratados para cumplir con el objeto contractual corresponden a lo indicado en la planilla.

Sí, dentro de la ejecución del contrato se cumple con lo definido en el parágrafo 3 del artículo 437 del estatuto tributario, se deberá iniciar a facturar y no se utilizará este formato.

FIRMA PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE IVA

Decreto 1680 - 17 dic 2020. Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

Señores: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

NÚMERO DEL CONTRATO	211
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	CARLOS IVÁN RODRÍGUEZ PLATA
# DE IDENTIFICACIÓN	1033686930
# DE TELÉFONO DE CONTACTO	3118277532
CORREO DE CONTACTO	CRODRIGUEZP@SSF.GOV.CO

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: SI NO

b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (antes régimen común) SI NO

c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) 74902 Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal
TARIFA ICA a APLICAR 9,66

d) 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 más dos (2) o más personas? SI NO

e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: %

f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI NO

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

APORTES VOLUNTARIOS	SI	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Aportes en Pensiones Voluntarias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consignación o certificado de pago en donde se vea el nombre del contribuyente y fecha de pago, que deberá corresponder al mes en el que desea se aplique la deducción
Aportes en cuentas AFC / AVC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

CERTIFICO que los documentos soportes suministrados en la ejecución del contrato por Aportes Voluntarios a Pensiones o en cuentas AFC y FVP, se realizaron sobre los ingresos provenientes del contrato objeto suscrito con la SSF y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.

BENEFICIOS TRIBUTARIOS	SI	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Intereses de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anexar - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior. <i>Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje:</i>
Medicina Prepagada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anexar - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a) Para hijos menores de 18 años, anexar copia del registro civil.
			b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.
			c) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.
			d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.

Relación de Dependientes

Nombre y apellidos (completos)	
ID (CC, TI, etc.)	
Fecha de Nacimiento	
Calidad del Dependiente	

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.

Para constancia firmo



CC / NIT. :

1.033.686.930



**Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante**

Usuario Solicitante: MHI moyano LADY JOHANNA MOYANO JIMENEZ
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR
 Fecha y Hora Sistema: 2023-01-20-11:09 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	440266722	Fecha Registro:	2022-12-23	Unidad / Subunidad ejecutora:	36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	384722	Comprobante Contable de la Generación:		
Fecha Máxima Pago:	2022-12-27	Código de Referencia:	04500030200440266722		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	5.400.000,00	Valor Deducciones:	36.649,00		Valor Neto:	5.363.351,00	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	5.400.000,00	Valor Deducciones	36.649,00	Valor Neto	5.363.351,00	Moneda Base Compra		Valor MBC	
----------	--	-------------	--------------	-------------------	-----------	------------	--------------	--------------------	--	-----------	--

REINTEGROS

Números							No Recaudo:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:				0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:				0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	1033686930	Razón Social:	CARLOS IVAN RODRIGUEZ PLATA	Medio de Pago:	Abono en cuenta	
-----------------	------------	---------------	-----------------------------	----------------	-----------------	--

CUENTA BANCARIA

Número:	0550480700048907	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
---------	------------------	--------	-----------------------	-------	--------	---------	--------

TESORERIA

DOCUMENTO SOPORTE

13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPN	Número:	211	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	Fecha:	2022-12-23
---	---------	-----	-------	---	--------	------------

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES				
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA	
000 SSF GESTION GENERAL GASTOS / C-3602-1300-1-0-3602012-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN - MODERNIZACION DE LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR. NACIONAL													
	Nación	16	CSF	5.400.000,00	0,00	5.400.000,00					Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	0,766 %	36.649,00	36.649,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA						
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO	
000 - SSF GESTION GENERAL PAC	3-8 - CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2022-12-27	5.400.000,00	05 NINGUNO	Pagada	

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033686930	CARLOS IVAN RODRIGUEZ PLATA		Calle 49B # 31-63 sur	3118277532	plata-10@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2022-12	2022-12	I	12/12/2022	63992377	\$670.100	

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	270.000	0		0		0	0	0	0	270.000	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	345.600	0	0	0	0	0	0	0	345.600	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	11.300				11.300	0	0	11.300			113	11.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.200	0	0	43.200	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	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	11.300	11.300
CCF	1	43.200	43.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	670.100	670.100

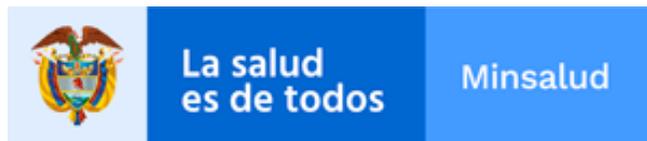
DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033686930	CARLOS IVAN RODRIGUEZ PLATA	Calle 49B # 31-63 sur	3118277532	plata-10@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2022-12	2022-12	1	12/12/2022	63992377	\$670.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1033686930	RODRIGUEZ PLATA CARLOS IVAN	57	0			N																	230301	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS008	2.160.000	270.000	14-23	2.160.000	1	11.300	CCF24	2.160.000	43.200	0	0	0	0	0

PAGADA



Consulta Aportes Contratista

martes, 20 diciembre 2022 15:43:47

Tipo de identificación

Cedula de Ciudadania



Numero de identificación

1033686930

Número de Planilla o de Radicado

63992377

Fecha de Pago

2022-12-12



Buscar

El resultado de la consulta es

Nombre del Cotizante	Fecha Pago de la Planilla	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Operador	Periodo Salud	IBC	Cotización a Salud sin Intereses	Cotización a Pensión sin Intereses	Cotización a Riesgos sin Intereses	Aporte a Fondo de Solidaridad sin Intereses	Aporte a Fondo de Subsistencia sin Intereses
CARLOS IVAN RODRIGUEZ PLATA	2022-12-12	57- Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	No aplica	83- MIPLANILLA	2022-12	2,160,000	270,000	345,600	11,300	0	0

)

La presente consulta, es dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 4 del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, adicionado por el artículo 24 del Decreto 2106 de 2019, para que las entidades públicas puedan verificar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de sus contratistas por prestación de servicios personales registrados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA. La información suministrada, está limitada a la consulta de los contratistas de prestación de servicios personales de su entidad, el uso de consultas ajenas a esta finalidad constituirá una irregularidad con las consecuencias legales correspondientes.

Copyright © 2022 - Ministerio de Salud y Protección Social
Versión - 1.0.0.0