

# 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
191	2022	1/02/2022	30/11/2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**OBJETO:**  
Contratar los servicios profesionales para apoyar el diseño e implementación de módulos y funcionalidades de versión SIMON 2.0

## 2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NT / RUT No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TÉLEFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
84088422-9	JOSE MARIA PANA IGUARAN	3013511789	josepana@ingenieros.com

## 3. DATOS PRESUPUESTALES Y FINANCIEROS DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato	80.000.000,00	% Ejecución	30,0%	PAGOS EFECTUADOS							
				N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO	N° DE PAGO	VALOR PAGADO		
Adiciones (+) Valor				1	8.000.000,00						
Reducciones (-) Valor				2	8.000.000,00						
Valor Total del Contrato	80.000.000,00										
Valor Pagado	16.000.000,00										
Valor Causado No Pagado	8.000.000,00										
Valor Ejecutado	24.000.000,00										
Valor Disp. por Pagar	56.000.000,00										
				<b>TOTAL PAGADO</b>						<b>16.000.000,00</b>	

N° DE PAGO  
**3**

## 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
17522	C-3699-1300-6-0-3699062-02	A-02-02-02-008-003-01-4	8.000.000,00	3	11/5/2022	8.000.000,00	0,00	8.000.000,00
<b>TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE</b>				<b>8.000.000,00</b>				

**CONCEPTO DEL BIEN O SERVICIO A PAGAR:**  
Servicios profesionales para apoyar la coordinación y seguimiento a los desarrollos de software, con el uso de metodologías para el aprovechamiento de nuevas técnicas y plataformas respecto a los aplicativos misionales de la entidad del periodo comprendido entre el 01 de abril y el 31 de abril

## 5. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA N°	PRESENTACIÓN	PERIODO COTIZADO	FECHA DE PAGO (dd/mes/aaaa)
58759787	ANTICIPADA	ABRIL	6/05/2022

Para constancia firmo con fecha **11/05/2022**

**DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)**

Nombre(s) Victor Julio Villamil Aldana  
 # de Identificación 79.270.789  
 Cargo(s) Profesional Especializado  
 Dependencia(s) Oficina de Tecnologías de la Información y las C

**ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR**

*[Firma manuscrita]*

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 revisados los documentos que soportan 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 apliquen).

La supervisión y/o interventoría CERTIFICA que verificó el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) allegados por el contratista/proveedor en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: " (...) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contrato frente a los aportes mencionados durante todo su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y los sumos que debieron haber sido cobrados. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el empleador (Recibo o Reparamentado Legal) ...". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que apliquen, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito y se solicitó al Grupo de Gestión Financiera su aprobación a través del Operador Olimpia IT, en marco de la normatividad vigente y en especial lo establecido en la Circular Externa 016 de 2021 expedida por la Administración del Sistema SHF Nación.

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



**SuperSubsidio**  
Vigilamos tu caja de compensación

**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN**

CÓDIGO	F0-CAD-013
VERSIÓN	6
CREACIÓN	2022

**GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL**

N° DEL CONTRATO	VIGENCIA	ACTIVIDADES REALIZADAS EN MES	OBJETO DEL CONTRATO
191	2022	<u>ABRIL</u>	Contratar los servicios profesionales para apoyar el diseño e implementación de módulos y funcionalidades de versión SIMON 2.0.

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZAS**

1. Durante el periodo comprendido en el mes de abril desde el día 1 hasta el 30 se realizaron las siguientes actividades:

- Maquetación del módulo notificaciones.
- Ajustes de maquetación para mejor experiencia de usuario
- Análisis y revisión del código para entender el flujo o funcionamiento del proceso cargue de archivos.
- Implementación y desarrollo del cargue de archivo realizando la validación del archivo XML en el módulo de SIMON V1.0
- Pruebas de la validación y el correcto funcionamiento del archivo XML

2. Ajustes y corrección de Bugs de la tarea Integrar modulo envió CCF.

- Quitar botón no funcional en el diseño
- Solo debe visualizarse la CCF que está consultando.
- Controlar mensajes de advertencia.
- Ajustar la tabla de resultados cargue de archivos
- Ajustar la tabla de resultados cargue de archivos
- No se muestra ningún resultado del detalle de cargue

**OBSERVACIONES**

Ninguna

**CERTIFICACIÓN**

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

En constancia firma

(Firma del contratista)

c.c/NIT 84088422

(Firma del Supervisor del contrato)

c.c/NIT



# 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)

11 de mayo de 2022

NÚMERO DE DOCUMENTO

3

## 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	JOSE MARIA PANA IGUARAN		
NIT / CC	84.088.422	DV	9
TELÉFONO	3013511789		
CORREO ELECTRÓNICO	josepana@ingenieros.com		

## DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO

Contratar los servicios profesionales para apoyar el diseño e implementación de módulos y funcionalidades de versión SIMON 2.0.

PAGO CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE:

ABRIL

VALOR A COBRAR	LETRAS
\$ 8.000.000	OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERDICA, 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.

Si, 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

*Josepana 84088422*

ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE IVA



### CERTIFICADO TRIBUTARIO E INFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL- SGSSI

CÓDIGO	FO-GFP-015
VERSIÓN	2
CREACIÓN	2022

#### 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	191
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	JOSE MARIA PANA IGUARAN
# DE IDENTIFICACIÓN	84088422
# DE TELÉFONO DE CONTACTO	3013511789
CORREO DE CONTACTO	josepana@ingenieros.com

#### 2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: 

SI	NO
	X

b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (antes régimen común) 

SI	NO
	X

c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) 

6201	Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas)
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
		X

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

	%
--	---

f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: 

SI	NO
	X

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

APORTES VOLUNTARIOS	SI	NO	SOportes A PRESENTAR
Aportes en Pensiones Voluntarias		X	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		X	
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		X	<b>Anexar</b> - 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		X	<b>Anexar</b> - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.
Dependientes		X	a) Para hijos menores de 18 años, <b>anexar</b> copia del registro civil.
			b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, <b>anexar</b> 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, <b>anexar</b> 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, <b>anexar</b> 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



**No. Memorando:** 3-2022-001051

**Fecha de asignación:** 16/05/2022 10:08

**Para:** Carlos Arturo Gaviria Vega - Coordinador Grupo de Gestión Financiera

**De:** Víctor Julio Villamil Aldana Profesional Especializado

**Ref.** No. Radicado de Entrada **Exp.** 1145/2022/MEM

**Asunto:** Autorización de pago N° 3 del Contrato 191 DE 2022

Una vez revisado el Documento equivalente y la documentación enviada por el contratista José María Panaguaran correspondiente a la prestación de servicios profesionales y de apoyo en el mes de abril de 2022, y corroborado el cumplimiento de las actividades y pago al Sistema de Seguridad Social, autorizo como supervisor contractual que se realice el pago correspondiente.

Para ello remito adjunto a este documento los siguientes documentos, así:

1. Formato Certificado de cumplimiento para trámite de pago.
2. Factura o documento equivalente
3. Informe de actividades

Los anteriores documentos se remiten sin firma en original por parte del Supervisor, aceptándose este memorando como prueba válida y certera para realizar el pago, esto en atención a la imposibilidad para la radicación de los documentos de manera física, ante las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional y que acata la Superintendencia del Subsidio Familiar para la prevención del COVID-19.

Víctor Julio Villamil Aldana- Profesional Especializado

**Elaborado por:** Víctor Julio Villamil Aldana

**Copia interna**  
**a:** Eduar Daniel García Romero - Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (E),  
Juan Felipe Valencia Vásquez - Técnico Administrativo,  
Bernarda Isabel Inampué Borda - ,



**Obligación Presupuestal – Comprobante.**

Usuario Solicitante: MHbinampue BERNARDA ISABEL INAMPUES BORDA  
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR  
 Fecha y Hora Sistema: 25/05/2022 12:00:00 p. m.

**REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.**

<b>Numero:</b>	131122	<b>Fecha Registro:</b>	2022-05-25	<b>Unidad / Subunidad ejecutora:</b>	36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR					
<b>Vigencia Presupuestal</b>	Actual	<b>Estado:</b>	Generada	<b>Requiere DIP:</b>		No	<b>Tipo de DIP:</b>		<b>Nro. Compromiso:</b>	17522
<b>Valor Inicial:</b>	8.000.000,00	<b>Valor Total Operaciones:</b>				0,00	<b>Valor Actual:</b>	8.000.000,00	<b>Saldo x Ordenar:</b>	8.000.000,00
<b>Valor Inicial Moneda Original:</b>	0,00	<b>Valor Total Operaciones Moneda Original:</b>				0,00	<b>Valor Actual Moneda Original:</b>	0,00	<b>Saldo x Ordenar Moneda Original:</b>	0,00
<b>Valor Deduciones:</b>	390.470,00	<b>Valor Neto:</b>				7.609.530,00	<b>Valor IVA:</b>	0,00	<b>Nro. Cdp:</b>	21622
<b>Valor Deduciones Moneda:</b>	0,00	<b>Valor Neto Moneda:</b>				0,00	<b>Atributo Contable:</b>	05-NINGUNO	<b>Comprobante Contable:</b>	2896

**TERCERO**

<b>Identificacion:</b>	84088422	<b>Razon Social:</b>	JOSE MARIA PANA IGUARAN					<b>Medio de Pago:</b>	Abono en cuenta	
------------------------	----------	----------------------	-------------------------	--	--	--	--	-----------------------	-----------------	--

**CUENTA BANCARIA**

<b>Numero:</b>	61238914182	<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA S.A.			<b>Tipo:</b>	Ahorro	<b>Estado:</b>	Activa	
----------------	-------------	---------------	------------------	--	--	--------------	--------	----------------	--------	--

**CUENTA X PAGAR**

**CAJA MENOR**

<b>Numero:</b>	121222	<b>Tipo:</b>	Honorarios Personas Declarantes	<b>Identificacion:</b>		<b>Fecha de Registro:</b>	
----------------	--------	--------------	---------------------------------	------------------------	--	---------------------------	--

**DOCUMENTO SOPORTE**

<b>Numero:</b>		<b>DOC DE COBRO N 3</b>	<b>Tipo:</b>	OTRO DOCUMENTO DE COBRO	<b>Fecha:</b>	2022-05-11
----------------	--	-------------------------	--------------	-------------------------	---------------	------------

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
000 SSF GESTION GENERAL GASTOS	C-3699-1300-6-0-3699062-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIOS DE INFORMACIÓN IMPLEMENTADOS - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TICS) DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR, BAJO EL MARCO DE REFERENCIA DE AR	Nación	16	CSF	05-NINGUNO					
<b>Total:</b>							8.000.000,00	0,00	8.000.000,00	8.000.000,00

**Objeto:** RP 17522 CT 191/2022 PAGO 3/10 CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MÓDULOS Y FUNCIONALIDADES DE VERSIÓN SIMON 2.0.PERIODO: ABRIL 2022. DOCUMENTO DE COBRO N 3 DEL 11 DE MAYO DE 2022. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE ABRIL/2022 N 58759787, PAGADA EL 06 DE MAYO/2022.

PLAN DE PAGOS						
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
000 SSF GESTION GENERAL PAC		3-8 CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF		2022-05-27	Generada	8.000.000,00
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL						
POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-01-03-05 RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	NIT 899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	7.088.000,00	0,960 %	68.470,00	68.470,00
2-01-04-01-29 RETEFUENTE - RENTAS DE TRABAJO	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	5.303.472,00	6,070 %	322.000,00	322.000,00

---

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	84088422	Jose Maria Pana Iguaran		DG 83 #73-15	3013511789	josepana@ingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-04	2022-04	I	06/05/2022	58759787	\$928.800	

## 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	0	0	0	0	0	512.000	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	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### 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	512.000	512.000
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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>928.800</b>	<b>928.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	84088422	Jose Maria Pana Iguaran		DG 83 #73-15	3013511789	josepana@ingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2022-04	2022-04					\$928.800	

**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	84088422	Pana Iguaran Jose Maria	59	0		N																		230301	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS005	-3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



La salud  
es de todos

Minsalud

# Consulta Aportes Contratista

miércoles, 18 mayo 2022 16:13:15

## Tipo de identificación

Cedula de Ciudadania



## Numero de identificación

84088422

## Número de Planilla o de Radicado

58759787

## Fecha de Pago

2022-05-06



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
JOSE MARIA PANA IGUARAN	2022-05-06	59- Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	No aplica	83- MIPLANILLA	2022-04	3,200,000	400,000	512,000	16,800	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**