1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 457712

CONTRATO No. 15000712021 Del 06/10/2021 **SEDE O REGIONAL**: Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 06/10/2021 HASTA: 29/12/2021

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ**

No. Documento de identificación: **1,049,633,874** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4421290033** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **10.1 / 11** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**SI** Número de pago:**0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**9,520,000.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**2,833,333.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**2,833,333.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**6,686,667.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 152021 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-18-0-4102040-02	21	**2,833,333.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1 APOYAR A LOS SUPERVISORES DE CONTRATOS DE PRIMERA INFANCIA EN EL SEGUIMIENTO TÉCNICO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS EN LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA.	Apoyé la verificación de entregas de RPP correspondientes al mes de octubre de 2021 de los contratos subscritos con el CZ Duitama.
2. REALIZAR VERIFICACIÓN (EN SITIO Y REMOTO) DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y/O OBLIGACIONES CONTRACTUALES ASOCIADAS A LOS CONTRATOS DE APORTE O CONVENIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA, DE ACUERDO AL LINEAMIENTO, LOS MANUALES OPERATIVOS Y DILIGENCIANDO LOS INSTRUMENTOS DISEÑADOS Y SUMINISTRADOS POR LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA, ASEGURANDO LA TRANSPARENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS Y EL ADECUADO DESARROLLO DEL PROCESO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO POR EL MANUAL OPERATIVO DE CADA MODALIDAD DE ATENCIÓN.	Se realizaron las correspondientes verificaciones remotas para el cumplimiento de obligaciones contractuales y condiciones de calidad en la entrega de RPP del mes de octubre, en la prestación del servicio a los contratos N.: 443-446-430-426-447-463-142,
3.REALIZAR LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO TÉCNICO CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LAS CONDICIONES DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS Y NIÑAS EN LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA.	Se realizo seguimiento al cumplimiento de actividades correspondientes al proceso de retorno progresivo a la presencialidad en las diferentes unidades de servicio según directrices de la DPI, a los contratos. N: 443,441,439,446,430,426,440,442,447,142,73,74
6.APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL ESQUEMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, ACATANDO LA GUÍA ORIENTADORA PARA EL APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA.	Se ejecutaron las actividades pertinentes para el cumplimiento de los indicadores PA10-PA.172 respectivamente, según memorandos vigentes en el mes de octubre de 2021
7.MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y A LOS RESULTADOS DE LAS VERIFICACIONES (EN SITIO Y REMOTO) DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y/O OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF Y CARGUES DE LOS MISMOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA DE LA SEDE DE LA DIRECCIÓN GENERAL.	Fueron diligenciadas en las correspondientes plataformas de acceso a la Información Surbey 1,2,3, los formatos de verificación de condiciones de calidad en entrega de RPP del mes de octubre.

9. ASISTIR A LAS REUNIONES Y COMITÉS QUE SEAN CONVOCADOS EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN PARA LA GARANTÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA.	Se asistió y participo de las Capacitaciones Dirección de Primera Infancia, realizados durante este periodo, según consta en listados de asistencia.
10. PARTICIPAR EN PROCESOS DE ENTRENAMIENTO VIRTUAL Y/O PRESENCIAL, ASÍ COMO EN GRUPOS DE ESTUDIO ENTRE PARES CON LOS EQUIPOS DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL EJERCICIO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN	Se participo y asistió a los procesos de entrenamiento convocados por la Dirección de Primera Infancia para este periodo. Según consta en listados de asistencia y actas elaboradas.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 15000712021 DEL 2021.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,049,633,874

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de dos millones ochocientos treinta y tres mil trescientos treinta y tres pesos m/cte.,($ 2,833,333.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
FREDY ALEXANDER LIZARAZO SEQUERA	COORDINADOR CZ DUITAMA	CZ DUITAMA	

Revisó:_____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

CONTRATO No.15000712021 GRUPO O CZ: DUITAMA
PLAZO DE EJECUCION: DESDE 06/10/2021 HASTA 29/12/2021
NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C 1049633874 PERIODO: Del 06 al 30 de octubre de 2021

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES A DESAROLLAR	PERIODO Y/O FECHA PROGRAMADO
1. Apoyar a los supervisores de contratos de Primera Infancia en el seguimiento técnico a las obligaciones contractuales pactadas en los contratos y/o convenios suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia.	Se apoyará el seguimiento de las obligaciones contractuales de cada uno de los contratos suscritos en el Centro Zonal a través de los Comités Técnicos Operativos.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
2. Realizar verificación (en sitio y remoto) de las condiciones de calidad y/o obligaciones contractuales asociadas a los contratos de aporte o convenios para la atención a la Primera Infancia, de acuerdo al lineamiento, los manuales operativos y diligenciando los instrumentos diseñados y suministrados por la Dirección de Primera Infancia, asegurando la transparencia en la ejecución de los recursos y el adecuado desarrollo del proceso, en cumplimiento de lo dispuesto por el manual operativo de cada modalidad de atención	Se realizará la verificación vía remoto telefónica, de las entregas de RPP correspondiente al periodo, por contingencia de Covid-19, según indicaciones para el ciclo.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
3. Realizar la verificación y seguimiento técnico con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y las condiciones de calidad para la atención a los niños y niñas en los servicios de primera infancia.	Se verificará el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas con el fin de garantizar la calidad en el servicio.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.

Escaneado con CamScanner

4. Apoyar en la generación de respuestas oportunas a los requerimientos relacionados con el esquema de apoyo a la supervisión, que se realicen desde la Dirección de Primera Infancia y Sede de la Dirección General, y asistir a las reuniones y comités que desde estas instancias se convoquen.	Se llevarán a cabo las respuestas oportunas ante los requerimientos, proceso y cierre.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
5. Apoyar en la articulación con la dirección regional, coordinadores de centros zonales y otras dependencias del ICBF las acciones técnicas correspondientes, para asegurar el correcto funcionamiento del proceso de supervisión de las modalidades de atención de Primera Infancia.	Se apoyará las actividades relacionadas con la articulación con la DPI, y demás áreas que se relacionan con el proceso de supervisión de las modalidades de atención.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
6. Apoyar el cumplimiento de los indicadores del esquema de apoyo a la supervisión, acatando la guía orientadora para el apoyo a la supervisión de las modalidades de atención a la primera infancia.	Se realizarán todas las actividades correspondientes al indicador PA172 y PA10.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
7. Mantener actualizada la información correspondiente a la ejecución contractual y a los resultados de las verificaciones (en sitio y remoto) de las condiciones de calidad y/o obligaciones contractuales en los formatos establecidos por el ICBF y cargues de los mismos en los tiempos establecidos por la Dirección de Primera Infancia de la Sede de la Dirección General.	Se diligenciarán las diferentes plataformas y bases de datos correspondientes a la ejecución contractual, verificación vía remoto de la ejecución de los contratos.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.
8. Apoyar la revisión y elaboración de informes de supervisión en la periodicidad requerida, presentar alertas y posibles acciones de mejora, dentro del marco de sus competencias y de acuerdo con los procedimientos establecidos para ello.	Se realizará el reporte y seguimiento diario de informe de entrega de RPP a supervisor de contrato, enlace regional y nacional de primera infancia vía correo electrónico.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021.

Escaneado con CamScanner

9. Asistir a las reuniones y comités que sean convocados en el marco de la implementación del esquema de apoyo a la supervisión para la garantía en el cumplimiento de las obligaciones contractuales y el mejoramiento de la calidad de la atención a la primera infancia.	Se apoyará y participará de las reuniones y comités Técnicos operativos que se lleven a cabo en este periodo a través de estrategias virtuales.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021
10. Participar en procesos de entrenamiento virtual y/o presencial, así como en grupos de estudio entre pares con los equipos de asistencia técnica para el mejoramiento de la calidad en el ejercicio de apoyo a la supervisión	Se apoyará y participará de las reuniones y comités Técnicos operativos que se lleven a cabo en este periodo a través de estrategias virtuales.	06 de octubre a 30 de octubre de 2021

DR. CLAUDIA PATRICIA DIAZ MONTOYA
Coordinador CZ Duitama

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
CONTRATISTA

Fecha de Concertación: 06 10/2021

Escaneado con CamScanner

Duitama, 25 noviembre de 2021

DOCUMENTO DE COBRO No 007

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:
MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
NIT. No 1049633874

La suma de dos millones ochocientos treinta y tres mil trescientos treinta y tres mil pesos M/cte. ($2.833.333), por concepto de *Prestar servicios profesionales como ENLACE de SEGUIMIENTO DE EJECUCIÓN TÉCNICO para la implementación del esquema de supervisión en la regional, apoyando las acciones de verificación de las condiciones de calidad y las demás que se deriven para el seguimiento, prevención, vigilancia y control de los contratos de aporte suscritos para la atención a la primera infancia del ICBF*, del contrato N° **015000712021** del año 2021.

Consignar a la cuenta número 616883203 del banco DE BOGOTA S. A. tipo de cuenta AHORRO.

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
06/10/2021	30/10/2021

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	**7020**

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.	SI
2	He contratado dos o más (02) trabajadores asociados a la actividad.	NO
3	Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, ($47.978.000)	SI
4	• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($124.624.500-2020) ($127.078.000-2021) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($142.428.000-2020) ($145.232.000- 2021) con el Estado	NO
	• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($124.624.500-2020) ($127.078.000-2021)	NO
5	De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:	_0_%
6	***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **las ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro**, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. **(Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	SI
	PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **las ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	NO

Cordialmente,

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
C.C.: 1049633874
Dirección:
CALLE 36 # 9-40 APT 2
Celular: 3228652928
Correo Electrónico: Maria.wilchescbf.gov.co
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049633874
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRV 12 N 31A 12 MONTE AZUL	TELÉFONO:	7451010
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4413454981**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/10/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996913264

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049633874	WILCHEZ GONZALEZ MARIA CAMILA	NDEPEND		$ 908.526				NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 259.000**

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9114364745 DV: 745507

Cajero: LAUMASASA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/10/2021 15:26:39

PS Recaudador:
902276 PARQUE PINZON.

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1049633874

Nombre:	MARIA CAMILA
Apellido 1:	VILCHES
Apellido 2:	NHA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3228052928
Codigo Planilla:	441345498
Periodo Pago:	2021/10
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1049633874	$259.000,00

Valor recibido: $259.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049633874
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRV 12 N 31A 12 MONTE AZUL	TELÉFONO:	7451010
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4421290033**			TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2021			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997630921
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4413454981			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2021/10/01

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 36.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.100	$ 0	$ 36.100
SUBTOTALES:										**$ 36.100**	**$ 0**	**$ 36.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 28.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 0	$ 0	$ 28.200
SUBTOTALES:													**$ 28.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.900	$ 11.900	$ 0	$ 0	$ 11.900
SUBTOTALES:									**$ 11.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9140277573 DV: 188464

Cajero: JERINCON

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 24/11/2021 09:40:34

POS Recaudador:
900948 TERMINAL CRA.18 ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1049633874

Nombre:	MARIA CAMILA
Apellido 1:	WILCHES
Apellido 2:	GONZALEZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1049633874
Codigo Planilla:	4421290033
Periodo Pago:	2021/10
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1049633874	$76.200,00

Valor recibido:	$76.200,00
Forma de pago:	EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.049.633.874**

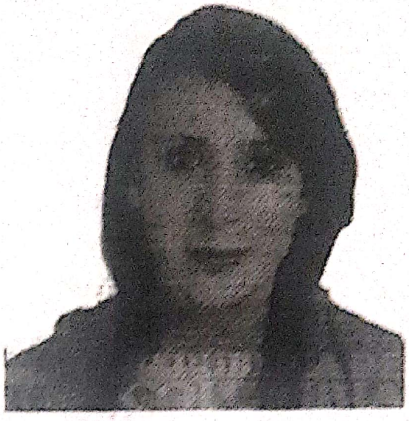
WILCHES GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ABR-1993**

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAY-2011 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0700100-00314720-F-1049633874-20110718 **0027**434705A 1 36278519

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14769877058

(415)7707212489984(8020) 000001476987705 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 3 3 8 7 4	6	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 3 3 8 7 4	2 0 1 1 0 5 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
WILCHES	GONZALEZ	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 9 36 04

42. Correo electrónico: maca0493@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 6 5 2 9 2 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 8 9 9	2 0 1 6 0 5 1 1						3 4 6 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2021 - 07 - 08 / 15 : 46: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre WILCHES GONZALEZ MARIA CAMILA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Duitama, 25 de noviembre de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ, identificado(a) con C.C. N.° 1049633874, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

   SI [x] NO [ ]

2. Que los ingresos por el Contrato N° **15000712021** del 07 de noviembre de 2021, corresponde al concepto de:

   [x] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)

   [ ] Cedula de Pensiones

   [ ] Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

   3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

   SI [ ] NO [x]

   3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA

NOTA:
Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

1. ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
2. ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
3. ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
4. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
5. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, Incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

Escaneado con CamScanner

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

Cordialmente,

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
C.C. No 1049633874

1. ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
2. ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
3. ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
4. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
5. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN DEPENDEDIENTES ECONOMICOS

Yo, MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ identificado con C.C. (X) C.E. ( ) NIT ( ) N.°. 1049633874, con domicilio principal en la ciudad de TUNJA dirección 36 # 9-40 APT 2, en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA

NOTA:
El artículo 2°, parágrafo 3° del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

1. *Para Hijos con edad entre 18 y 23 años, anexar **Certificación semestral** de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.*
2. *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.*
3. *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.*
4. *Registro civil de nacimiento (para hijos), Registro Civil de Matrimonio y/o Extrajuicio de dependencia económica (para cónyuge o compañero (a) permanente) para las personas relacionadas en el cuadro.*

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4° del artículo 2° del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los **25 días del mes Noviembre del año 2021**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extraj uicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para que surta los efectos legales.

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
C.C NO 1049633874

Escaneado con CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA WILCHES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.049.633.874 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 616883203, abierta/o desde el 30/9/2021.

Se expide en Bogotá el día 15 del mes de Noviembre del año 2021 con destino a: María Camila Wilches González

_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Escaneado con CamScanner