| Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA | **FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** | **CÓDIGO: GA01-F08**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2022-04-11** |
|---|---|---|

**Número de Contrato :** 1130-2022

**N° de Radicado de solicitud de contratación:**22-20526--0

## INFORMACIÓN BÁSICA

| **Nombre del contratista:**ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA | **Número de indentificación: (**CC**):** 28821063 |
|---|---|

**Objeto del contrato:** Prestar sus servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en la gestión administrativa de la Estrategia de Promoción y Prevención y Articulación - EPPA y actividades de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.

**Forma de pago:**

UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidará aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes febrero de 2022, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar.

OCHO (8) PAGOS MENSUALES VENCIDOS, cada uno por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($2.575.000), contados a partir del marzo de 2022, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar.

UN (1) UN (1) ULTIMO PAGO, por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($2.575.000), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10, formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

| **Fecha de suscripción:** 2022-02-02 | **Fecha de inicio:** 2022-02-02 | **Fecha de terminación:** 2022-11-30 |
|---|---|---|

**Plazo:** El plazo de ejecución del contrato es hasta el 30 de noviembre de 2022, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registro presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la Aseguradora de Riesgos Laborales.

| **Periodo de pago:** Septiembre | **N° de pago:** Octavo |
|---|---|

## MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| **Prórroga** | **Término de la prórroga** | **Fecha final:** |
|---|---|---|
| | | |
| **Adición:** | **Valor adición:** | **Valor Total:** |
| | | |
| **Reducción:** | **Valor reducción:** | **Valor Total:** |
| | | |
| **Cesión:** | **Cedente:** | **Cesionario:** |
| | | |
| **Suspensión:** | **Término de suspensión:** | **Fecha reinicio:** |
| | | |

## SEGUIMIENTO FINANCIERO

| | |
|---|---|
| **Valor del contrato:** | 25,492,500 |
| **Pagos Realizados:** | 17,767,500 |

| Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA | **FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** | **CÓDIGO: GA01-F08**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2022-04-11** |
|---|---|---|

**Número de Contrato :** 1130-2022

| | |
|---|---|
| **Saldo del Contrato:** | 7,725,000 |
| **Valor de este Pago:** | 2,575,000 |
| **Nuevo Saldo del contrato:** | 5,150,000 |

**APORTES AL SGSS**

| **Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales** | **Mes** | **N° de Planilla:** |
|---|---|---|
| | **Septiembre** | **7850187268** |
| **Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas** | | |

**SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO**

| **¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| | | **X** |

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

| Código CCP | Nombre del CCP | Número de Registro Presupuestal | Valor afectación |
|---|---|---|---|
| 3503-0200-9-0000/3503014/02-02-02-008-005-09-5 | RNPC/Servicio de divulgación de temas misionales de la SIC/SERVICIOS AUXILIARES ESPECIALIZADOS DE OFICINA | 137222 | 2,575,000 |

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

**Observaciones:**

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en el informe de cumplimiento de actividades (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente, los cuales se pueden verificar en el sistema de trámites, aplicativo de pagos y SECOP II. Por lo anterior autorizo el pago correspondiente.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 04 días del mes de Octubre de 2022

| Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA | FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO | CÓDIGO: GA01-F08<br>VERSIÓN: 7<br>FECHA: 2022-04-11 |
|---|---|---|

**Número de Contrato :** 1130-2022



Firmado digitalmente por: JUAN FELIPE BARRERA GALVIS
Fecha: 2022.10.04 12:40:14 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

**FIRMA**

**Supervisor**

**Cargo**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

| CLAUSULA | % Acu | % Mes | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar la realización de visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de la Estrategia de Prevencion Promoción y Articulación - EPPA que se realicen de forma presencial o virtual dirigidas a consumidores y establecimientos de comercio y demás lugares donde el supervisor determine. | 69 | 10.0 | Durante el mes de septiembre realicé visitas de divulgación de Generalidades del Estatuto del Consumidor Ley 1480 de 2011 a comerciantes de los barrios, Limonar, Rincón de Piedra Pintada, El Carmen, Calarcá ubicados en las comunas 3 y 4 de la ciudad de Ibagué.<br><br>Realicé los días 27 y 88 de septiembre, junto con el Ingeniero de Metrología, 8 visitas de divulgación y sensibilización a establecimientos de comercio que comercializan cascos para motociclistas.<br><br>Durante el mes de septiembre participé en jornadas de difusión de los servicios del Casa del Consumidor de la ciudad de Ibagué y servicios de arreglo directo. |
| 2. Apoyar la gestión documental de la Estrategia de Prevención Promoción y Articulación - EPPA de acuerdo a los requerimientos dados por el Supervisor y los procedimientos establecidos por la SIC | 69 | 10.0 | Diligencié planillas de registro de comerciantes en las visitas de divulgación del Estatuto del Consumidor realizadas en el transcurso del mes de septiembre. Así mismo diligencié las listas de chequeo de los diferentes establecimientos comerciales visitados.<br><br>Consolidé información de actividades semanales la cual fue enviada al correo de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, igualmente hice entrega de planillas de registro de comerciantes físicas del mes de septiembre y listas de chequeo del mes julio.<br><br>Ingresé al Sistema de Gestión de la RNPC los datos de las visitas realizadas a comerciantes en el transcurso del mes |

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

| CLAUSULA | % Acu | % Mes | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | | | de septiembre, así mismo ingresé con el rol de anfitrión los datos de 80 usuarios a los cuales los abogados del grupo EPPA – Ibagué les brindaron orientación en temas relacionados a protección al consumidor y derechos de los consumidores de bienes y servicios.<br><br>Organicé archivo físico del mes de septiembre de 2022 para el respectivo envió a la ciudad de Bogotá. |
| 3.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual. | 69 | 10.0 | Realicé avanzada para detectar los establecimientos a visitar durante el mes de octubre en la comuna 4 de la ciudad de Ibagué. Así como también realicé avanzada para las actividades de acompañamiento a los ingenieros de la delegatura de Metrología legal en el desarrollo de actividades de sensibilización para el mes de octubre.<br><br>Realicé 24 visitas de seguimiento a establecimientos visitados en el mes de julio en los barrios Restrepo, Villa Teresa, San Carlos y centro visitas realizadas durante la tercera y cuarta semana del mes de septiembre. |
| 4. Asistir a las reuniones programadas por parte de la Red Nacional de Protección al Consumidor, a solicitud del supervisor del contrato. | 69 | 10.0 | Asistí el día 20 de septiembre a reunión virtual con el grupo base EPPA de la ciudad de Bogotá dirigidas por Marlon Javier Preciado y Luz Stella Forero en temas relacionados al seguimiento de actividades EPPA. |
| 5. Participar en las actividades de difusión de los servicios prestados por la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y la protección al consumidor. | 69 | 10.0 | Junto con el equipo EPPA Ibagué realicé difusiones en diferentes sitios de la ciudad de Ibagué dando a conocer los servicios que presta la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de Ibagué, así como el horario de atención a usuarios. Estas jornadas se realizaron en los siguientes |

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

| CLAUSULA | % Acu | % Mes | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | | | sitios: Claro cra. 5 calle 37, Tigo cra. 5 Calle 38, Movistar cra. 5 calle 39, Nueva EPS, Alcanos. |
| 6. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimientos del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, de acuerdo con la programación establecida para tal fin. | 69 | 10.0 | Asistí el día 12 de septiembre a la capacitación virtual de Atributos de Calidad y Productos no Conforme. Capacitador: Nelly Quintana Jerez<br>Asistí el día 23 de septiembre a la capacitación virtual de Instrumentos archivísticos a cargo de Gestión Documental. |

## FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yo | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA | | | | Contrato | 1130-2022 | |
| Tipo Identificación | NIT | C.C X | C.E | NP | NIP | Número Ident. | 28821063 |
| Teléfono fijo | 2762708 | Celular 1 | 3176767660 | | | Celular 2 | |
| Teléfono trabajo | 2762708 | | | | Ext. | | |
| Dirrección | Carrera 3 No. 48-75 Apto. 201 Barrio Piedra Pintada Alta | | | | Ciudad | | |
| Correo electrónico 1 | angelaosorio3013@gmail.com | | | | Correo electrónico 2 | angelaosorio3013@gmail. | |
| Regimen Impuento a las | No responsable | X | Responsable | | PENSIONADO | SI | NO X |

### 1. Declaro bajo la gravedad de juramento

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el articulo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato objeto de esta declaración, suscrito con La Superintencia de Industria y comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

### 2. Clasificación tributaria

| | Si | NO |
|---|---|---|
| Es pensionado | | X |
| Responsable del impuesto a las ventas. | | X |
| Si para la generación de los ingresos por honorarios y/o prestación de servicios personales de este contrato usted los presta de manera personal e intransferible responda "SI" ; o por el contrario fue necesario vincular (2) dos o más trabajadores para el desarrollo de las obligaciones contractuales requeridas para la generación de estos ingresos responda "NO" | X | |

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

### 3. Solicitud deducciones y/o beneficios tributarios

| | Si | NO |
|---|---|---|
| Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por los aportes a la medicina prepagada o plan complementario realizado a las empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendecia Nacional de Salud de acuerdo a la certificacion que adjunto como soporte. | | X |
| Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por intereses de vivienda de acuerdo a la certificacion expedida por la entidad que financia el credito y que adjunto como soporte. | | X |
| Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificaco por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deduccion por dependientes de acuerdo a lo relacionado en la pestaña de DEPENDIENTES del aplicativo ( favor adjuntar archivo en pestaña de DEPENDIENTES). | | X |

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

### 4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Con fecha de aprobación 2022-03-01 18:03:47

| | |
|---|---|
| | **FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yo | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA | | | | Contrato N° | 1130-2022 | Año 2022 |
| Tipo Identificación | NIT | C.C X | C.E | NP | NIP | Número Ident. | 28821063 | |

**Artículo 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013 Decreto 3032 de 2013 - Información para depurar la Base de la Retención**

**1. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC**

1.1 Concepto _____

1.2 Entidad _____

1.3 Cuenta _____

1.4 Valor _____

**2. Informacion de Dependientes, Art. 15, parágrafo 2° de la Ley 1607 de 2012**
**¨Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes y adjunte los certificados correspondientes¨**

| | |
|---|---|
| null | |

**Relación de dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Decreto 099 del 2013:**

Con fecha de aprobación 2022-03-01 18:03:47

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28821063 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 3 # 48-75 APTO. 201 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762708 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7850187268** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO | 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/09/30 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1679415025 |

**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 | $ 164.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 164.800 | $ 0 | $ 164.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 164.800** | **$ 0** | **$ 164.800** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 128.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 128.800 | $ 0 | $ 0 | $ 128.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 128.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 128.800** |

**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 | $ 5.400 | $ 5.400 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.030.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.030.000 | $ 164.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 164.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.030.000 | $ 128.800 | $ 0 | $ 128.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.030.000 | 28821063 | $ 5.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 299.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28821063 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 3 # 48-75 APTO. 201 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762708 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7850187268** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO | 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/09/30 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1679415025 |

**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 | $ 164.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 164.800 | $ 0 | $ 164.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 164.800** | **$ 0** | **$ 164.800** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 128.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 128.800 | $ 0 | $ 0 | $ 128.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 128.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 128.800** |

**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 | $ 5.400 | $ 5.400 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.030.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.030.000 | $ 164.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 164.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.030.000 | $ 128.800 | $ 0 | $ 128.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.030.000 | 28821063 | $ 5.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 299.000** |