## 1.DATOS GENERALES

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 573593**

**CONTRATO No.** 15000712022 Del 13/01/2022 **SEDE O REGIONAL:** Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 13/01/2022 HASTA: 30/12/2022

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: **4477400869** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **11.1 / 11.1** Mes de Pago: **DICIEMBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

## 2. INFORMACION FINANCIERA

| **VALORES** | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES | **40,623,200.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA) | **0.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA) | **3,502,000.00** |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | **40,623,200.00** |
| **SALDO PENDIENTE POR PAGAR** | **0.00** |

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 45622 Nro de Factura:**

| Identificador Presupuestal | Recurso | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| C-4102-1500-18-0-4102040-02 | 27 | **3,502,000.00** |

| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*): | **175,100.00** |
| APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*) | **224,100.00** |
| FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*): | **0.00** |
| APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*): | **0.00** |
| APORTE ARL (*): | **14,624.00** |

(*) 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

Fecha Creación 12/14/2022 10:38:10 AM

Fecha Impresión: 12/30/2022 9:17:55 AM

**Corrección:** 0 **F1.P17.GF**

Powered by CamScanner

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| APOYAR EL SEGUIMIENTO TÉCNICO A LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA. | Se apoyo el seguimiento técnico de las obligaciones contractuales de las siguientes UDS con código cuéntame: 1510400090286, 150871151073, 1551600084796, 1523800078622, 1523800078592, 1523800078574, 1523800078605, 1523800078580, 1523800078628. de los contratos suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, los cuales se verificaron en el mes de diciembre. |
| APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL, COORDINADORES DE LOS CENTROS ZONALES, OTRAS DEPENDENCIAS DEL ICBF Y EXTERNOS, PARA ASEGURAR EL FUNCIONAMIENTO DE PROCESO DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN DE PRIMERA INFANCIA. | Se realizo la verificación en sitio de las UDS con modelo de atención HCB, CDI e INSTITUCIONAL, de la atención en Primera Infancia, con el objetivo de identificar afiliación y atención en salud, seguimiento nutricional, vulneración e inobservancia de derechos y otras acciones que vaya en vía del mejoramiento de la calidad de atención a la Primera Infancia, en los contratos de aporte 15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022, suscritos por el ICBF, los cuales se verificaron en el mes de diciembre del año en curso. |
| APOYAR DESDE EL SEGUIMIENTO TÉCNICO LA GESTIÓN DE ATENCIONES PRIORIZADAS COMO: IDENTIFICACIÓN, AFILIACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD, SEGUIMIENTO NUTRICIONAL, VULNERACIÓN E INOBSERVANCIA DE DERECHOS Y OTRAS ACCIONES QUE VAYA EN VIA DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA. | Se verifico el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas a ICBF en los servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, el cual se llevará a cabo en los contratos de aporte Se verifico el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas a ICBF en los<br>servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, el cual se llevará a cabo en los contratos de aporte 15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022suscritos por el ICBF |
| APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL ESQUEMA DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA. | Se verifico el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas a ICBF en los servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, desarrollando visita de seguimiento con instrumento estratégico de verificacion en las UDS, HCB, CDI y HI, implementado 8 visitas de seguimiento para dar cumplimiento los indicadores del esquema de seguimiento a la ejecución de los servicios de atención a la primera infancia de los contratos de aporte 15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022, suscritos por el ICBF los cuales se verificaron en el mes de diciembre. |
| APOYAR LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y A LOS RESULTADOS DE LAS VERIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE LA CALIDAD Y/O OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF | Apoye la actualización de lo correspondiente al seguimiento de la ejecución contractual y la información a los resultados de las verificaciones de las condiciones de la calidad de los contratos 15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022, suscritos por el ICBF los cuales se verificaron en el mes de diciembre. |




Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| APOYAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LOS CONTRATOS DE APORTE Y CONVENIOS, VERIFICANDO QUE LAS CARPETAS CUENTEN CON EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL DEBIDAMENTE ORGANIZADO DURANTE LA EJECUCIÓN | Apoye la revisión, verificación y la gestión documental de los contratos de aporte y convenios de las hojas de vida del talento humano de los contratos subscritos en la atención a primera infancia de la modalidad DIMF, CDI, HI, HCB FAMI y HCB. con el objetivo de verificar que las carpetas cuenten con el expediente contractual debidamente organizado de acuerdo a lo establecido en el Manual Operativo. |
| APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE INSUMOS Y PROYECCIÓN DE RESPUESTA PARA ATENDER LAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRACTUAL, FORMULADAS POR DEPENDENCIAS DEL ICBF, PARTICULARES, ÓRGANOS DE CONTROL Y DEMÁS AUTORIDADES. | Se dio respuesta oportuna, a las solicitudes relacionadas con el objeto del contrato, las cuales son formuladas por las diferentes dependencias del ICBF y demás autoridades que den cuenta del proceso contractual durante el mes de diciembre. |
| ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS, TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL E INFORMAR A LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA SOBRE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS, PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE PARA SU CUMPLIMIENTO. | Asistí, participe y acompañe la capacitación Encuentro Experiencias Innovadoras 2022 Centros Zonales, el día 1 de diciembre de 2022. Asistí, participe y acompañe la capacitación Encuentro Experiencias Significativas en Servicios de Primera Infancia, el día 15 de diciembre de 2022. |
| CUMPLIR CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA LAS INSTRUCCIONES Y OBLIGACIONES QUE SEAN REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE ESTÉN RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL MISMO | Cumpliré con calidad oportuna y pertinencia las instrucciones y obligaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato que estén relacionadas con el objeto del mismo, en el mes de diciembre. |

**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 15000712022 DEL 2022.**

Firma del Contratista: _____

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




Powered by CamScanner

**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 tres millones quinientos dos mil pesos m/cte.,($ 3,502,000.00).**

**FIRMA:**

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

**Revisó:**_____



Powered by CamScanner

Duitama, 30/12/2022

Documento de Cobro n° 12

**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 tres millones quinientos dos mil /cte. (3.502.000), 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 /os contratos de aporte suscritos para la atención a la primera infancia del /CBF, del contrato N°15000712022 del año 2022.

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

| Periodo de Pago Desde | Periodo de Pago Hasta |
|---|---|
| 01/12/2022 | 30/12/2022 |

***NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS***

| | |
|---|---|
| ***ACTIVIDAD ECONOMICA*** | ***7720*** |

| ***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, ($50.831.200-2021)* | *NO* |
| *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 ($133.014.000-2022)($127.078.000-2021) con el sector privado o 4.000 UVT ($152.016.000-2022) ($145.232.000-2021) con el Estado.*<br>• *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 ($133.014.000-2022)($127.078.000-2021) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT ($152.016.000-2022) ($145.232.000-2021).* | *NO*<br>*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:* | *__%* |
| *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 **los 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 articulo 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)***<br>**** 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 **los 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),*** | *SI*<br>*NO* |

*Cordialmente,*

*María Camila Wilches Gonzalez*
*C.C. 1049633874*
*Dirección: trasversal 11# 31 A 12*
*Celular: 3228652928*
*Correo Electrónico: Maria. Wilches@icbf.gov.co*
*No responsable del Impuesto sobre las ventas*

Powered by CamScanner

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

CONTRATO No. 1500071202 GRUPO O CZ: DUITAMA

PLAZO DE EJECUCION: DESDE 13/01/2022 HASTA 30/12/2022

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C 1049633874 PERIODO: Del 01 de diciembre al 30 de diciembre de 2022

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES A DESARROLLAR | PERIODO Y/O FECHA PROGRAMADO |
|---|---|---|
| 1.Apoyar el seguimiento técnico a los contratos y/o convenios suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia. | Se apoyará el seguimiento técnico de las obligaciones contractuales de las siguientes UDS con código cuéntame: 1510400090286, 150871151073, 1551600084796, 1523800078622, 1523800078592, 1523800078574, 1523800078605, 1523800078580, 1523800078628. de los contratos suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, los cuales se verificarán en el mes de diciembre. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 2. Apoyar a la dirección Regional, coordinadores de los centros zonales, otras dependencias del ICBF y externos, para asegurar el funcionamiento de proceso de seguimiento a la ejecución de los servicios de las modalidades de atención de Primera Infancia. | Se realizará la verificación en sitio de las UDS con modelo de atención HCB, CDI y INSTITUCIONAL, de la atención en Primera Infancia, con el objetivo de identificar afiliación y atención en salud, seguimiento nutricional, vulneración e inobservancia de derechos y otras acciones que vaya en vía del mejoramiento de la calidad de atención a la Primera Infancia, en los contratos de aporte **15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022,** suscritos por el ICBF, los cuales se verificaran en el mes de diciembre del año en curso. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 3.Apoyar desde el seguimiento técnico la gestión de atenciones priorizadas como: identificación, afiliación y atención en salud, seguimiento nutricional, vulneración e inobservancia de derechos y otras acciones que vaya en vía del | Se verificará el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas a ICBF en los servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, el cual se llevará a cabo en los contratos de aporte | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| mejoramiento de la calidad de atención a la Primera Infancia. | **15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022**suscritos por el ICBF | |
| 4. Apoyar el cumplimiento de los indicadores del esquema de seguimiento a la ejecución de los servicios de atención a la primera infancia. | Se verificara el cumplimiento e idoneidad por parte de los diferentes operadores de cada una de las modalidades adscritas a ICBF en los servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, desarrollando visita de seguimiento con instrumento estratégico de verificacion en las **UDS, HCB, CDI y HI**, implementado 8 visitas de seguimiento para dar cumplimiento los indicadores del esquema de seguimiento a la ejecución de los servicios de atención a la primera infancia de los contratos de aporte **15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022,** suscritos por el ICBF los cuales se verificaran en el mes de diciembre. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 5. apoyar la actualización de la información correspondiente al seguimiento de la ejecución contractual y a los resultados de las verificaciones de las condiciones de la calidad y/o obligaciones contractuales en los formatos establecidos por el ICBF | Apoyare la actualización de lo correspondiente al seguimiento de la ejecución contractual y la información a los resultados de las verificaciones de las condiciones de la calidad de los contratos **15001232022, 15002192022, 15001152022 15003262022 y 15003672022,** suscritos por el ICBF los cuales se verificarán en el mes de diciembre. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 6. Apoyar la gestión documental de los contratos de aporte y convenios, verificando que las carpetas cuenten con el expediente contractual debidamente organizado durante la ejecución | Apoyare la revisión, verificación y la gestión documental de los contratos de aporte y convenios de las hojas de vida del talento humano de los contratos subscritos en la atención a primera infancia de la modalidad DIMF, CDI, HI, HCB FAMI y HCB. con el objetivo<br>de verificar que las carpetas cuenten con el expediente contractual debidamente organizado de acuerdo a lo establecido en el Manual Operativo. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 7. Apoyar la consolidación de manera oportuna de insumos y proyección de respuesta para atender las solicitudes relacionadas con el objeto del contractual, formuladas por dependencias del ICBF, particulares, órganos de control y demás autoridades. | Se dará respuesta oportuna, a las solicitudes relacionadas con el objeto del contrato, las cuales son formuladas por las diferentes dependencias del ICBF y demás autoridades que den cuenta del proceso contractual durante el mes de diciembre. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |
| 8. Asistir y participar en las reuniones y comités, tanto internos como externos, relacionados con el objeto contractual e informar a la dirección de Primera Infancia sobre los compromisos adquiridos, para realizar | ❖ Asistiré, participare y acompañare la capacitación<br>❖ Asistiré, participare y acompañare **Encuentro Experiencias Innovadoras** | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| el seguimiento correspondiente para su cumplimiento. | **2022 Centros Zonales, el día 1 de diciembre de 2022.**<br>❖ Asistiré, participare y acompañare el **Encuentro Experiencias Significativas en Servicios de Primera Infancia, el día 15 de diciembre de 2022.** | |
| 9. Cumplir con calidad, oportunidad y pertinencia las instrucciones y obligaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato que estén relacionadas con el objeto del mismo | Cumpliré con calidad oportuna y pertinencia las instrucciones y obligaciones que sean requeridas por el supervisor del contrato que estén relacionadas con el objeto del mismo, en el mes de diciembre. | PERIODO DEL 1 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022. |

FREDY ALEXANDER LIZARAZO SEQUER
Coordinador CZ Duitama
Supervisor del Contrato

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
Contratista

Fecha de Concertación: 01-12-2022

Powered by 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: | **4477400869** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre | AÑO | 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre | AÑO | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/12/14 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9992593901 | | |

**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 | $ 224.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 224.200 | $ 0 | $ 224.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 224.200** | **$ 0** | **$ 224.200** |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 175.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 175.200 | $ 0 | $ 0 | $ 175.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 175.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 175.200** |

**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 | $ 14.700 | $ 14.700 | $ 0 | $ 0 | $ 14.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 14.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 14.700** |

**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 1049633874 | WILCHES GONZALEZ MARIA CAMILA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.401.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.401.000 | $ 224.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224.200 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.401.000 | $ 175.200 | $ 0 | $ 175.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.401.000 | 104963387 | $ 14.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 414.100** |

# 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: | **4475241798** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre | AÑO | 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre | AÑO | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/12/13 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9992586594 | | |

**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 | $ 224.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 224.200 | $ 0 | $ 224.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 224.200** | **$ 0** | **$ 224.200** |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 175.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 175.200 | $ 0 | $ 0 | $ 175.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 175.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 175.200** |

**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 | $ 14.700 | $ 14.700 | $ 0 | $ 0 | $ 14.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 14.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 14.700** |

**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 1049633874 | WILCHES GONZALEZ MARIA CAMILA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.401.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.401.000 | $ 224.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224.200 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.401.000 | $ 175.200 | $ 0 | $ 175.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.401.000 | 104963387 | $ 14.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 414.100** |

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS. 9312229147 DV: 947178

Cajero: SMMONROY

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/12/2022 09:00:32

PS Recaudador:
998623 TERMINAL NUEVO VILLA ROUSE

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1049633874

Nombre: MARIA CAMILA
Apellido 1: VILCAEZ
Apellido 2: GONZALEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3228652928
Codigo Planilla: 4477400869
Periodo Pago: 202212
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 1049633874 | $414.100,00 |

Valor recibido: $414.100,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporta 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

Powered by CamScanner

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9312021941 OV: 268271

Cajero: TELEOPERADOR

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/12/2022 15:47:47

PS Recaudador:
901384 CARRERA 16 ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1049633874

Nombre: MARIA CAMILA
Apellido 1: VILCHES
Apellido 2: GONZALEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1211212121
Codigo Planilla. 4475241798
Periodo Pago: 2022/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 1049633874 | $414.100,00 |

Valor recibido: $414.100,00
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

Powered by CamScanner