COLPATRIA
RED MULTIBANCA

**EL BANCO COLPATRIA RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.**

**CERTIFICA QUE**

El señor **JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS,** identificado con la cédula de ciudadanía N. 6.766.557 de Tunja, es titular de la cuenta de ahorros N. **7302070304,** desde el día 25 de junio de 2008, la cual se encuentra activa .

La presente certificación se expide a los veinticinco (25) días del mes de junio de 2008.

Cordialmente,

**MULTIBANCA COLPATRIA**
Sucursal Tunja

Banco Colpatria - Red Multibanca Colpatria S.A.
Carrera 7 No. 24-89 Piso 14
Santafé de Bogotá, D.C.

Conmutador 338 6300
Nit.: 860.034.594-1

| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 4 |
|---|---|---|
| | | CÓDIGO: A-GF-GI-F-005 |
| CONSTANCIA DE RADICACIÓN PAGO FINAL, PARCIAL O ÚNICO | | FECHA: 03/Sep/2021 |

Contrato No. **OO50**

Contratista: **JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS**

Teléfono y Correo Electrónico: **3125868466 - javierj65@yahoo.com**

Periodo Informe Supervisión: del 12 de Enero al 31 de marzo de 2023

Pago Único _____ Parcial___X____ Final_____

| DOCUMENTO | DESTINO |
|---|---|
| | CENTRAL DE CUENTAS |
| Constancia de Radicación Pago Final Parcial o Único | X |
| Registro Presupuestal. RPC primer pago o pago único | X |
| Registro Presupuestal. RPC Sistema General de Regalías. | X |
| Certificación Bancaria a nombre del contratista para primer pago o cuando requiera reportar novedad sobre la cuenta. Nota: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria. | X |
| Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos. | X |
| Copia Contrato o Convenio. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere). Oferta económica para mínimas cuantías cuando aplique | X |
| Documento Consorcio o Unión Temporal | X |
| Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique | X |
| Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento Consorcio o Unión Temporal del Interventor | X |
| Acta de Iniciación de contrato. 1er Pago y pago único | X |
| Acta de Aclaración | X |
| Acta de Suspensión | X |
| Acta de Reiniciación | X |
| Acta Parcial. | X |
| Sábana, Contrato de Obra | X |
| Factura electrónica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. | X |
| Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos) | X |
| Acta de Terminación | X |
| Acta de Recibo Final. | X |
| Acta de Liquidación. | X |
| Aclaratoria Acta de Liquidación | X |
| Para pago final Contrato de Interventoría, Acta de Liquidación de Contrato al que se realiza la Interventoría | X |
| Planillas aportes en seguridad social del periodo a pagar | X |
| Para Personas Naturales Certificación por parte del contratista de aportes en seguridad social y para efectos de Retención en la fuente de acuerdo al Art. 18 de la Ley 1819 de 2016 que adiciona el Art. 388 del Estatuto Tributario; en lo que compete a Número de Empleados informando el régimen al que pertenece. | X |
| Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores. | X |
| Paz y Salvo COMFABOY, Certificación FIC y SENA (Parafiscales cuando aplique) | X |
| Registro Único Tributario. RUT. Impreso máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente. | X |
| Recibo de pago Estampilla Prodesarrollo y Sobretasa Bomberil s/n lo establecido en la Ordenanza 022/12, Capítulo II Art. 206 - 214 y Capítulo III Art. 215 – 227 y demás normas reglamentarias. Para Vigencia 2017 y vigencias anteriores | X |
| Otros, informes, actas y demás documentos, de acuerdo a lo establecido en la forma de pago del contrato.<br>1.__Informe avance del Contratista_____<br>2.___Certificacion uso del Inmueble_____<br>3. _____ | X<br>Digitar documentos de acuerdo a lo establecido en forma de pago. |

**OBSERVACIONES:**

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos..
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los datos diligenciados por Funcionario de Central de Cuentas deben contener Nombre completo, claro y legible.
6. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** 6519ef0eb6f512d128de984cfcd70b76172eed7372c5b9153b2ac1b84fbc04c65e00299440da119dfb4583489ebdef4a

**Número de Factura:** FEJJ-51
**Fecha de Emisión:** 29/03/2023
**Fecha de Vencimiento:** 29/03/2023
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Acuerdo mutuo
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO
**Nombre Comercial:** JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO
**Nit del Emisor:** 6766557
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 6810

**País:** Colombia
**Departamento:** Boyacá
**Municipio / Ciudad:** Tunja
**Dirección:** CR 11 13 45 BRR BOSQUE DE LA REPUBLICA
**Teléfono / Móvil:** 7422979
**Correo:** javierj65@yahoo.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Razón Social:** DEPARTAMENTO DE BOYACA
**Nombre Comercial:** DEPARTAMENTO DE BOYACA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 891800498
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-23
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Boyacá
**Municipio / Ciudad:** Tunja
**Dirección:** CL 20 Nro. 9 90
**Teléfono / Móvil:** 7420222
**Correo:** central.cuentas@boyaca.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 01 | ARRENDAMIENTO de predio Cerro Motavita para antena de comunicaciones de acuerdo al contrato 050 de 2023 | NIU | 1,00 | $ 4.330.566,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 4.330.566,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

## Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

Favor consignar en la cuenta de ahorros del Banco Colpatria No. 7302070304
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento validado por la DIAN 2023-03-29 10:24:01**
**Documento generado el: 2023-03-29 10:24:00**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 4.330.566,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 4.330.566,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 4.330.566,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 4.330.566,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764046535117 Rango desde: 51 Rango hasta: 100 Vigencia: 2023-09-27

| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
|---|---|---|
| | | CÓDIGO: A-AD-GC-F-020 |
| INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA | | FECHA: 24/Jul/2019 |

PERIODO REPORTE: 12 ENERO AL 31 DE MARZO de 2023 CONTRATO No. OO50

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 12 DE ENERO DE 2023 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2023

CONTRATISTA: JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS INTERVENTOR: IRENE DIAZ EREGUA

**OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | REPORTE DEL INTERVENTOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | ACTIVIDADES PACTADAS | ACTIVIDADES EJECUTADAS | VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES | | | OBSERVACIONES |
| | | | T | P | N | |
| 1 | ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD | ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD | X | | | SE CONTINUA DANDO CUMPLIMIENTO AL OBJETO DEL CONTRATO, ESTANDO LOS EQUIPOS E INSTALACIONES EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO. |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Firma:
Nombre: IRENE DIAZ EREGUA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS
CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.
P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.
N: No cumplió las actividades pactadas.

# CERTIFICACION DE USO DEL INMUEBLE

## EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 0050-2023

## CERTIFICA QUE:

El inmueble ha sido usado para el objeto del contrato No. **0050-2023** cuyo objeto es: "ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD".

Por haber cumplido con todo lo suscrito en el contrato en mención se puede proceder al pago del periodo del 12 de enero al 31 de marzo de 2023.

Se expide en Tunja el VEINTISIETE (27) DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTITRES (2023)

**IRENE DIAZ EREGUA**
**Supervisor del Contrato**

| | | |
|---|---|---|
| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
| | | CÓDIGO: A-AD-GC-F-042 |
| ACTA PARCIAL | | FECHA: 24/Jul/2019 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | N. 01 | | |
| FECHA PRESENTE ACTA | 16 de marzo de 2023 | | |
| CONTRATO _x___ CONVENIO ___ | OO50 | DE FECHA: 12 de Enero de 2023 | |
| OBJETO | ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD | | |
| CONTRATISTA | JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS | | NIT: 6.766.557-1 |
| | | | C.C: 6.766.557 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | IRENE DIAZ EREGUA | | C.C: 21.248.967 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : | $ 17.322.264,00 | |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | | $ 17.322.264,00 | |
| PLAZO INICIAL | A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N. A. | De Fecha: | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N. A. | De Fecha: | |
| PLAZO TOTAL | A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 12 DE ENERO DE 2023 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____ | De Fecha: N. A. | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° _____ | De Fecha: N A | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31 de DICIEMBRE DE 2023 | | |
| FECHA DE TERMINACION REAL | N.A. | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | Del 12 enero al 31 de marzo de 2023 | | |
| RBPP N° | N. A. | | |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: No: 70 AÑO: **2023**

En las oficinas de **LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA**_ se reunieron los señores, _ **IRENE DIAZ EREGUA**__ Interventor / Supervisor y el señor **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a las planillas N° 4480507321 de enero, 4482466983 de febrero y 4486190540 de marzo, de conformidad con la normatividad vigente.

**CONTROL ANTICIPOS**

| | |
|---|---|
| Valor Anticipo | $ 0,00 |
| Sumatoria Amotizaciones | $ 0,00 |
| Saldo por Amortizar | $ 0,00 |

**Nota al anticipo: en los casosen los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, según hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato | 17.322.264,00 | |
| Amortización Anticipo | - | - |
| Valor a pagar de la presente acta | - | 4.330.566,00 |
| Valor Total actas pagadas | - | - |
| Saldo por ejecutar | - | 12.991.698,00 |
| **Sumas iguales** | 17.322.264,00 | 17.322.264,00 |

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CUENTA: 7302070304 | BANCO: COLPATRIA | AHORROS: X | CORRIENTE: |

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: - -

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: IRENE DIAZ EREGUA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE (CUANDO APLIQUE )
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6766557 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 11 13 43 | TELÉFONO: | 7422979 |
| 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: | **4480507321** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2023 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/01/18 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993035718 |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 207.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 207.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| 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 SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 6766557 | JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO | INDEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.656.400 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.656.400 | $ 207.100 | $ 0 | $ 207.100 | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 207.100** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6766557 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 11 13 43 | TELÉFONO: | 7422979 |
| 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: | | **4482466983** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/02/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9993318855 |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 207.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 207.100** |

**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 SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 6766557 | JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO | INDEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.656.400 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.656.400 | $ 207.100 | $ 0 | $ 207.100 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 207.100** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6766557 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 11 13 43 | TELÉFONO: | 7422979 |
| 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: | **4486190540** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/03/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993664370 |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 207.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 207.100** |

**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 SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 6766557 | JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO | INDEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.656.400 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.656.400 | $ 207.100 | $ 0 | $ 207.100 | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 207.100** |

Planilla Pagada