

 Agencia Nacional de Seguridad Vial	GESTIÓN FINANCIERA		
	LISTA DE CHEQUEO PARA APLICAR A LAS SOLICITUDES DE PAGO		
	Código: ANSV-FIN-FO-01	Versión: 07	Fecha: 2023-05-29

Ítem	DOCUMENTO	REQUISITOS	CUMPLE	
			SI	NO
1	Cuenta de Cobro Primer vez	Formato de verificación de recursos y/o CDR		X
		Cedula de ciudadanía (persona natural) Certificado de cámara de comercio (personas jurídicas)		X
		RUT		X
		Contrato / Convenio / Otro		X
		Acta de Inicio		X
		Certificación Bancaria Expedida por la entidad bancaria (menor a 30 días)		X
2	Factura y/o cuenta de Cobro	Cuenta de cobro	X	
		Factura		X
		Planilla de pago Aportes Seguridad Social del periodo a cobrar (Persona Natural)	X	
		Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica) firmado por el representante legal y/o Revisor Fiscal		X
		Declaración Juramentada Aportes Seguridad Social (original-Personal Natural)	X	
		Informe de Supervisión/ Interventoría de Contratos/Convenios y Recibo a Satisfacción, con firma de las partes (original) ANSV-CON-FO-70.	X	
		Informe de actividades de ejecución contractual CON-FO- 56 (Únicamente persona natural)	X	
3	Comprobante Entrada Almacén	Firmada por el Almacenista (Aplica para adquisición de bienes)		X
4	Actas	Acta de Recibo parcial (original)		X
		Informe final de supervisión Código: ANSV-CON-FO-35, cuando se trate del último pago		X
		Acta de terminación Anticipada		X
		Acta de Liquidación		X

 Agencia Nacional de Seguridad Vial	GESTIÓN FINANCIERA		
	LISTA DE CHEQUEO PARA APLICAR A LAS SOLICITUDES DE PAGO		
	Código: ANSV-FIN-FO-01	Versión: 07	Fecha: 2023-05-29

		Designación de supervisor - en caso de modificaciones (copia)		X
5	Viáticos	Certificado de Permanencia		X
		Autorización Gastos de desplazamiento/viatico Código: ANSV-GRF-FO-03		X
		Certificado de recibo de informe y autorización de pago de viáticos o gastos de viaje ANSV-GRF-FO-05		X
		Soportes de gastos por desplazamiento		X
6	Otros soportes	Memorando a contratos (Informes y/o productos)		X
		CDR Convenios Interadministrativos		X
		Soportes para aplicación de deducciones de Retención (Medicina Prepagada, Intereses de vivienda y Dependientes)		X

Declaro que conozco las obligaciones Fiscales Vigentes derivadas del acto administrativo que soporta la solicitud de pago anexa

Nombre del supervisor: **Doctor Carlos Fredy Carmona Ramírez**

Cargo del Supervisor del Contrato: Secretario General
Dependencia: Secretaría General

Firma del Supervisor

CARLOS FREDY

CARMONA RAMIREZ

Firmado digitalmente

por **CARLOS FREDY**

CARMONA RAMIREZ

Nombre ó razón social: **Liliana Andrea Castiblanco Aguirre**

NIT o CC: **52819445**

Dependencia: : **Secretaría General**

Bogotá, D.C., 01 de junio de 2023

**PATRIMONIO AUTONOMO - FONDO DE SEGURIDAD VIAL
ADMINISTRADO POR LA FIDUCIARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO S.A
NIT. No 830.053.630-9**

DEBE A:

LILIANA ANDREA CASTIBLANCO AGUIRRE
C.C. N° 52.819.445 de Bogotá, D.C.

EL VALOR DE:

**CUATRO MILLONES CIENTO VENTE MIL PESOS
(\$ 4.120.000) M/CTE**

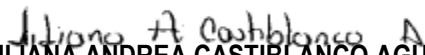
POR CONCEPTO DE:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° PA- 033 DEL 09 DE FEBRERO DE 2023, CUYO OBJETO ES: "BRINDAR APOYO JURÍDICO A LA SECRETARIA GENERAL EN LOS ASUNTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS DE SU COMPETENCIA"

POR EL PERÍODO COMPRENDIDO:

01 al 31 de mayo de 2023

Atentamente,


LILIANA ANDREA CASTIBLANCO AGUIRRE
C.C. N° 52.819.445 expedida en Bogotá, D.C.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52819445	LILIANA ANDREA CASTIBLANCO AGUIRRE		cr 72 h bis N 42 f sur apt 202 torre 7	4757325	lilicast25@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68059350	\$478.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.000	0		0		0	0	0	0	206.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	263.700	0	0	0	0	0	0		263.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.700				8.700	0	0	8.700			87	8.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.000	206.000
Pensión	1	263.700	263.700
Riesgos Laborales	1	8.700	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	478.400	478.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52819445	LILIANA ANDREA CASTIBLANCO AGUIRRE		cr 72 h bis N 42 f sur apt 202 torre 7	4757325	lilicast25@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68059350	\$478.400

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52819445	CASTIBLANCO AGUIRRE LILIANA ANDREA	59	0			N																231001	1.648.000	263.700	0	0		0	0	EPS005	1.648.000	206.000	14-23	1.648.000	1	8.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 Agencia Nacional de Seguridad Vial	GESTIÓN FINANCIERA		
	DECLARACIÓN JURAMENTADA		
	Código: ANSV-FIN-FO-18	Versión: 03	Fecha: 2023-05-23

DECLARACION JURAMENTADA.

Yo, **Liliana Andrea Castiblanco Aguirre**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 52819445 de Bogotá declaro bajo la gravedad de juramento que para el pago de los honorarios correspondientes al contrato que tengo suscrito, he efectuado los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de honorarios, en la cuantía establecida en la legislación vigente, de la siguiente forma:

Contrato No.:	PA – 033 de 2023
Valor mensual:	\$ 4.120.000
Período que cubre esta certificación:	Del 01 al 31 de mayo de 2023
No. (s) y fecha de planilla (s) de pago de aportes:	68059350 29 de Mayo de 2023
Empresa (SOI, MI PLANILLA, etc.):	Mi planilla
Valor total pagado (sin intereses)	\$ 478.400

Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

CONCEPTO	SI	NO	CUAL
Declarante de renta		X	
Es Responsable del impuesto a las ventas		X	
Pertenece al Régimen De Tributación SIMPLE.		X	
Tiene calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones (ADJUNTAR RESOLUCION)		X	
Presenta certificación de pago intereses en préstamos, para adquisición de vivienda limite 100 UVT (Anexar Certificación año inmediatamente anterior, valor anual, numero de meses)		X	
Presenta certificación de pago a MEDICINA PREPAGADA y/o planes adicionales de salud (Anexar certificación año inmediatamente anterior, titular, beneficiario, valor y meses.)		X	
Tiene personas a cargo para el beneficio tributario de deducción en Rete Fuente por dependientes del 10% de los Ingresos brutos sin exceder 32 UVT. (Adjuntar soportes según la dependencia ver estatuto tributario Art.387)		X	
Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos.		X	

En caso de realizar alguna modificación o novedad a la información suministrada anteriormente me comprometo a informar a la entidad por medio de actualización a este documento.

Para todos los efectos de lo anterior, adjunto los certificados correspondientes y de manera libre y espontanea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que estos descuentos SI **() NO (X)** serán tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones. Y por tanto en caso de ser afirmativa la respuesta, las deducciones no serán tomadas en cuenta para la disminución de la base de retención en la fuente del PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE SEGURIDAD VIAL atendiendo el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Reglamentario 1625 de 2016.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, los datos de carácter personal que se obtengan con la presente autorización serán recopilados en una base de datos que estará bajo la administración y responsabilidad del PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE SEGURIDAD VIAL, que cuenta con las medidas de seguridad necesarias para garantizar su protección. Con la firma del presente documento, el titular

 Agencia Nacional de Seguridad Vial	GESTIÓN FINANCIERA		
	DECLARACIÓN JURAMENTADA		
	Código: ANSV-FIN-FO-18	Versión: 03	Fecha: 2023-05-23

de la información autoriza el tratamiento de sus datos personales para la finalidad mencionada, incluyendo los datos de carácter sensibles, y en consecuencia reconoce que los datos suministrados son ciertos y actuales.

La presente Declaración Juramentada se firma en la ciudad de Bogotá, el día primero (1°) del mes junio de 2023

Liliana A. Castiblanco A.
Liliana Andrea Castiblanco Aguirre
 CC No. 52.819.445 de Bogotá D.C