	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	31-07-2023	Periodo de Pago:	Del	27-06-2023	Al	26-07-2023	
Contrato No. y Fecha:	2193 de 24 de junio de 2023						
Contratista:	Mary Ellen Rodriguez Rodriguez				c.c. o Nit.	35.261.391	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	x	Final		Número de Pago:	1	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	X	N/A	X	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.000.000 m/cte.)**

Cordialmente,

	Sandra M. Caceres Z.		
Nombre:	SANDRA MARCELA CÁCERES ZULUAGA	Nombre:	JOSE PAULINO ZARATE
Cargo:	**Gerente Desarrollo Agropecuario**	Cargo:	**Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural**
Supervisor		Ordenador del Gasto	

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	2193 DE 24 DE JUNIO DE 2023		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	MARY ELLEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ	Nit./c.c.	35.261.391
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	SANDRA MARCELA CACERES ZULUAGA	c.c.	1.121.865.663
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"FORTALECER A COMUNIDADES DE PEQUEÑOS PRODUCTORES AGROPECUARIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS ASOCIATIVOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROYECTOS PRODUCTIVOS AGROPECUARIOS EN LOS MUNICIPIOS DE ACACIAS Y GUAMAL EL DEPARTAMENTO DEL META"			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 14.000.000 M/CTE).		
Término Inicial de Ejecución:	Tres (3) meses y quince (15) días		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	27 de junio de 2023	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	11 de octubre de 2023

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existe modificaciones, de los contrario N/A **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Tres (3) mensualidades vencidas, cada una por un valor de **cuatro millones de pesos m/cte. ($ 4.000.000)** y un pago final por quince (15) días calendario vencidos, por un valor de **dos millones de pesos m/cte. ($2.000.000),** previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	7671 DE 24-06-2023	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301 – 2.3.17.1706.1100.001.2.3.2.02.02.009 – 20RB				
Valor: (Letras y Números)	CATORCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 14.000.000 M/CTE).				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos

establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durantela ejecución del contrato.

3. El contratista deberá allegar certificación del examen pre ocupacional respectivo una vez legalizado el contrato, dando cumplimiento al capítulo 5 artículo 18 del decreto No. 0723 de 2013reglamentario de la ley 1562 de 2012.
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales,insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamenteautorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual.Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez quesea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos enlos formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
12. Publicar en la plataforma del sistema electrónico para la contratación pública SECOP II, los documentos soporte de cada informe y cuentas de cobro, a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes a la elaboración del mismo.
13. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto obtenida con ocasión o como consecuencia directade la ejecución del contrato.
14. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
15. Cumplir todas las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación delesiones, enfermedades y victima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a lostrabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
16. Cumplir todas las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y laprotección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
17. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinentes al desarrollo del objeto contractual, de conformidadcon lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la Misma.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Apoyar la realización de actividades de comercialización de los productos agropecuarios en eventos como ruedas de negocios, mercados campesinos, ferias, etc., PRODUCTO POR ENTREGAR: Lista de asistencia de las asociaciones participantes (F-TH-41), informe que incluya registro fotográfico, número de participantes, lugar de origen, productos ofertados, valor de cada producto, número de ventas y valor de estas.
2. Asistir a las reuniones, comités, capacitaciones y/o actividades institucionales tanto de la Secretaría de Agricultura como de la Gobernación del Meta que sean citadas por el secretario yo supervisor. PRODUCTO A ENTREGAR, listado de asistencia y registro fotográfico.

3. Presentar informe mensual de las obligaciones del contrato con todos sus anexos, en medio físico y digital a los correos electrónicos areyesc@meta.gov.co, zbetancourta@meta.gov.co, y al supervisor dentro de los tres (03) primeros días siguientes a la ejecución del respectivo periodo mensual. De igual manera subir al SECOP II y enviar al SIA OBSERVA con copia al supervisor los respectivos documentos e informes. PRODUCTO POR ENTREGAR: Informe mensual.
4. Presentar informe final de actividades de las obligaciones del contrato con todos sus anexos, en medio físico y digital a los correos electrónicos areyesc@meta.gov.co, zbetancourta@meta.gov.co, y al supervisor dentro de los tres (03) primeros días siguientes a la ejecución del respectivo contrato. De igualmanera subir al SECOP II y enviar al SIA OBSERVA con copia al supervisor, los respectivos documentos e informes. PRODUCTO POR ENTREGAR: Informe final consolidado y formatos consolidados.
5. Las demás que el supervisor del contrato considere necesario para su correcta e idóneaejecución.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	27-06-2023		Al	26-07-2023			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	1

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar			
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Cuatro millones de pesos m/cte.**		
Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.			
No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
7671	0301 – 2.3.17.1706.1100.001.2.3.2.02.02.009 – 20RB	91131	$4.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.000.000**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)			
En el (los) Municipio(s) de Acacias y Guamal			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
GUAMAL	30	$133.333.33	$4.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.000.000**
Nota: Incluir filas si se requiere.			

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	**m/cte. $**N/A
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	**m/cte. $**N/A
Porcentaje:		Observaciones:	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Pago Autorizado en el Presente Informe (Primer Pago)	$4.000.000	27/06/2023	26/07/2023	28.57%

Saldo Del Contrato Pendiente Por Ejecutar	$10.0000.000	27/07/2023	11/10/2023	71.43%
Valor Total del Contrato Inicial	$14.000.000	27/06/2023	11/10/2023	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago	$0	N/A	N/A	0
*Quinto Pago	$0	N/A	N/A	0
Pago Autorizado en el Presente Informe	$0	N/A	N/A	0
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0
Valor Total de la Adición	$0	N/A	N/A	100%
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$14.000.000**

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista

El contratista:

Concepto	**Si**	**No**	**Detalle**
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?		**X**	Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		**X**	Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		**X**	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?		X	Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		**X**	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		**X**	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		**X**	
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de		**X**	

Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13?5?			
9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		**X**	
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		**X**	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	Junio de 2023
Número de Planilla	**7881615081**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.160.000
Valor pagado a SALUD	$145.000
Valor pagado a PENSIÓN	$185.600
Valor pagado a ARL	$12.200
Valor pagado a FSP	N/A
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	Julio de 2023
Número de Planilla	**7888075269**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.600.000
Valor pagado a SALUD	$200.000
Valor pagado a PENSIÓN	$256.000
Valor pagado a ARL	$16.800
Valor pagado a FSP	N/A
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los treinta y un (31) días del mes de julio de 2023.

Cordialmente,

Sandra M. Caceres Z.

SANDRA MARCELA CACERES ZULUAGA
Gerente Desarrollo Agropecuario
Supervisor

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : eb472a5242b15ef143beccb7187fc045972dccac514645cd4fd6c7f3df477bd25162fb09735c9606fe1d48e543710cae

Número de Factura: FE-15
Fecha de Emisión: 30/07/2023
Fecha de Vencimiento: 30/07/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: 2193
Fecha de orden de pedido: 23/06/2023

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARY ELLEN
Nombre Comercial: RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARY ELLEN
Nit del Emisor: 35261391
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 7490
País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CR 44 26 27 SUR IN 2 CA 4 CONJ CIUDAD DEL CAMPO 3
Teléfono / Móvil: 6848373
Correo: maryellenrodriguez30@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DEL META
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CR 33 38-45 BRR CENTRO
Teléfono / Móvil:
Correo: gobernaciondelmeta@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1		FORTALECER A COMUNIDADES DE PEQUEÑOS PRODUCTORES AGROPECUARIOS EN LA IMPLEMENTACION DE SISTEMAS ASOCIATIVOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROYECTOS PRODUCTIVOS AGROPECUARIOS EN LOS MUNICIPIOS DE ACACIAS Y GUAMAL EL DEPARTAMENTO DEL META	94	1,00	$ 4.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.000.000,00

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

PERIODO: 27/06/2023 26/07/2023
Linea de negocio: EJECUCION DEL CONTRATO: 2193 DEL 23/06/2023

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-07-30 17:46:47
Documento generado el: 2023-07-30 17:46:46
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			4.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			4.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			4.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	4.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764047431088 Rango desde: 12 Rango hasta: 100 Vigencia: 2023-10-13

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35261391
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARY ELLEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 41B 30-11 GRAMA	TELÉFONO:	6848373
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Publicidad.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7881615081**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2121239520

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 185.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 145.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 145.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 12.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 342.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 342.800**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	35261391
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			MARY ELLEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CALLE 41B 33-11 GRAMA	TELÉFONO	6846371
TIPO APORTANTE	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Publicidad
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (LEY 1607 DE 2012 REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	7881615081	TIPO DE PLANILLA					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES junio	AÑO 2023			
DIAS DE MORA	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023-06-05	NÚMERO AUTORIZACIÓN					212123952C

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23001	PROTECCION		$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
19505	PISOS SANITAS S.A.			$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	COLMENA			$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.200	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 12.200
SUBTOTALES									**$ 12.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	TIPO DE CTE	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	DÍAS COTIZADOS	HORAS LABORADAS	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AVP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT.	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBS SILENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	PENSIÓN INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT.	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT.	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF	PARAFISCALES IBC	PARAFISCALES SENA ADMIN	PARAFISCALES SENA TOTAL APORTE	PARAFISCALES ICBF TOTAL APORTE	PARAFISCALES ESAP TOTAL APORTE	PARAFISCALES MINEDU TOTAL APORTE
1	CC	ROJAS SEPULVEDA	1	0	$ 1.000.000																		23001-PROTECCION	30	$ 185.600	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	0	$ 185.600	19505-PISOS SANITAS S.A	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000	$ 27.900	$ 2.200																		

TOTAL **$ 342.800**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35261391
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARY ELLEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 41B 30-11 GRAMA	TELÉFONO:	6848373
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Publicidad.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7888075269**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		33529157

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 256.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 256.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 200.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 200.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 16.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 472.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 472.800**

SOi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	35261391
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			MARY ELLEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CIUDAD MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CALLE 41B 33-11 GRAMA	TELEFONO	6848373
TIPO APORTANTE	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		**7888075269**	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES julio AÑO 2023
DIAS DE MORA		0		
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)		2023/07/07	NUMERO AUTORIZACIÓN	33529157

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECCION	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES:										**$ 256.000**	**$ 0**	**$ 256.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 16.800	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 16.800
SUBTOTALES									**$ 16.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Datos del cotizante y novedades:

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 35261391	RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARY ELLEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION		$ 1.600.000		NO																

Seguridad social – Pensión:

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000

Seguridad social – Salud:

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000

Seguridad social – ARP:

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-25-COLMENA	30	$ 1.600.000	274902	$ 16.800

Parafiscales:

CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 472.800**