CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

CONTRATO NO. **15000052023** GRUPO O CZ: **DIRECCIÓN REGIONAL.**

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE 21/09/2023 HASTA 31/12/2023

NOMBRES Y APELLIDOS: FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C 1.049.623.460 PERIODO: DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2023

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PERIODO Y/O FECHA PROGRAMADO
1. APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN EL SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PROCESOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.	SE CONTINUARA APOYANDO EN LA REVISIÓN SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PROCESOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
2. BRINDAR APOYO EN LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y/O TEMAS A EVALUAR Y/O INVESTIGAR EN LA REGIONAL BOYACÁ.	SE CONTINUARA APOYANDO EN LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y/O TEMAS A EVALUAR Y/O INVESTIGAR EN LA REGIONAL BOYACÁ.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
3. APOYAR LA ELABORACIÓN OPORTUNA DE RESPUESTAS A PETICIONES Y CONSULTAS RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	SE CONTINUARA APOYANDO EN LA ELABORACIÓN OPORTUNA DE RESPUESTAS A PETICIONES Y CONSULTAS RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
4. PREPARAR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TÉCNICOS QUE SOLICITE EL SUPERVISOR Y REALIZAR LAS AYUDAS DE MEMORIA Y/O ACTAS RESPECTIVAS EN EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	SE CONTINUARA APOYANDO A PREPARAR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TÉCNICOS QUE SOLICITE EL SUPERVISOR Y REALIZAR LAS AYUDAS DE MEMORIA Y/O ACTAS RESPECTIVAS EN EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
5. PREPARAR Y PRESENTAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS PROCESOS A SU CARGO.	SE CONTINUARÁ APOYANDO EN PREPARAR Y PRESENTAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS PROCESOS A SU CARGO.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
6. APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES A LA DIRECCIÓN REGIONAL DENTRO DEL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES QUE REGULAN LAS COMPETENCIAS DEL ICBF.	SE CONTINUARA APOYANDO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES A LA DIRECCIÓN REGIONAL DENTRO DEL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES QUE REGULAN LAS COMPETENCIAS DEL ICBF.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE

7. PROYECTAR Y REVISAR PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CONTENIDO JURÍDICO QUE DEBA SUSCRIBIR Y CUYA PREPARACIÓN LE CORRESPONDA, Y ANALIZAR Y EFECTUAR EL CONTROL DE LEGALIDAD DE LOS QUE PREPAREN OTRAS DEPENDENCIAS DE LA REGIONAL.	SE CONTINUARA APOYANDO EN LA PROYECTAR Y REVISAR PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CONTENIDO JURÍDICO QUE DEBA SUSCRIBIR Y CUYA PREPARACIÓN LE CORRESPONDA, Y ANALIZAR Y EFECTUAR EL CONTROL DE LEGALIDAD DE LOS QUE PREPAREN OTRAS DEPENDENCIAS DE LA REGIONAL.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
8. DAR RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN, EN RELACIÓN CON ASUNTOS JURÍDICOS, CONSOLIDAR Y REVISAR LAS RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL PARA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL, QUE NO SEAN DE COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL	SE ONTINUARA APOYANDO DAR RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN, EN RELACIÓN CON ASUNTOS JURÍDICOS, CONSOLIDAR Y REVISAR LAS RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL PARA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL, QUE NO SEAN DE COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE
9. ATENDER LOS DEMÁS REQUERIMIENTOS QUE EFECTÚE EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO.	SE CONTINUARA APOYANDO EN ATENDER LOS DEMÁS REQUERIMIENTOS QUE EFECTÚE EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO.	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE

ADRIANA DEL PILAR CAMACHO LEÓN
DIRECTORA ICBF REGIONAL BOYACÁ
SUPERVISORA DEL CONTRATO

FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
CONTRATISTA

FECHA DE CONCERTACIÓN: 02/10/2023

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 662345

CONTRATO No. 15000052023 Del 11/01/2023 **SEDE O REGIONAL**: Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 21/09/2023 HASTA: 31/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO**

No. Documento de identificación: **1,049,623,460** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4519205673** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **10 / 11** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión:**SI** Número de pago:**2**

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

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	15,450,000.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	4,635,000.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	6,180,000.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	9,270,000.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 261923 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4199-1500-8-0-4199064-02	27	4,635,000.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	145,000.00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	185,600.00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	0.00
APORTE ARL (*):	6,000.00

(*) 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

Obligación Contractual	Producto
1. APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN EL SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PROCESOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.	REVISIÓN DE MEMORANDO DIRIGIDO A LA JEFE DE OFICINA DE ASEGURAMIENTO A LA CALIDAD DE LA DIRECCIÓN GENERAL POR MEDIO DEL CUAL SE REPORTA ACTUALIZACIÓN DEL REPOSITORIO DE LA REGIONAL CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 2023, RESPECTO DE LICENCIAS DE FUNCIONAMIENTO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ PUERTO BOYACÁ. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UNO HOGARES GESTORES PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ GARAGOA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ MONIQUIRA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ GARAGOA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ DUITAMA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ TUNJA 2. REVISIÓN DE OFICIO DIRIGIDO A LA DIRECTORA DE SEPHORA POR MEDIO DEL CUAL SE HACE LA PRESENTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE PROYECTOS SUEÑOS DEL ICBF Y COMPROMISO DE PAGO DE MATRICULA DEL 2 SEMESTRE DEL 2023 PARA LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN, PERMANENCIA Y DESEMPEÑO ACADÉMICO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UNOS HOGARES GESTORES PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ DUITAMA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ MIRAFLORES. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ OTANCHE. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ SOATA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ SOGAMOSO.

	REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ MONIQUIRA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ TUNJA2. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ GARAGOA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ OTANCHE REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ SOGAMOSO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ CHIQUINQUIRA REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES PARA VICTIMAS EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO SIN DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ CHIQUINQUIRA REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ SOATA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ DUITAMA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DEL CZ COCUY. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES HCB SECTOR GAMEZA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DE 2023 DEL CZ MIRAFLORES REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DE 2023 DEL CZ TUNJA 2 REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UN HOGAR GESTOR PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ GARAGOA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA EL PAGO DEL GASTO CORRESPONDIENTE AL ACOMPAÑAMIENTO EN HOSPITALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN PROTECCIÓN DEL ICBF.

	REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA PAGO DE HOGARES SUSTITUTOS PARA EL PERIODO DE OCTUBRE DE 2023 DEL CZ CHIQUINQUIRA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UNOS HOGARES GESTORES PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ DUITAMA REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UNOS HOGARES GESTORES PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ SOATA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES HCB SECTOR MUZO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA FUNDACIÓN MILAGRO DE AMOR. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES HCB SECTOR JERICO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES HCB SECTOR NUMERO UNO DE CHIQUINQUIRA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA INSTITUCIÓN DEL SNBF DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES HCB SECTOR TUTAZA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA LA ADICIÓN DE UNOS COMPROMISOS PRESUPUESTALES DE HOGARES SUSTITUTOS PARA LA NIÑEZ EN CONDICIONES DE AMENAZA O VULNERACIÓN Y HOGARES SUSTITUTOS PARA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD DE CUIDADO ESPECIAL DEL CZ CHIQUINQUIRA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA LA ADICIÓN DE UN COMPROMISO PRESUPUESTAL DE GASTOS DE ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE NIÑO UBICADO EN HOGAR SUSTITUTO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UN HOGAR GESTOR PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD, PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ SOATA. REVISIÓN DE OFICIOS DIRIGIDOS A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, UNIVERSIDAD DE SAN GIL, Y AL INSTITUTO IFESCOL EMPRESARIAL POR MEDIO DEL CUAL SE PRESENTA ESTUDIANTES PROYECTOS SUEÑOS DEL ICBF Y COMPROMISO

	DE PAGO DE MATRÍCULA DEL 2 SEMESTRE DEL 2023 PARA LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN, PERMANENCIA Y DESEMPEÑO ACADÉMICO. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA UN GASTO PARA EL SOSTENIMIENTO DE UN HOGAR GESTOR PARA LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD PARA EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2023 DEL CZ DUITAMA. REVISIÓN DE RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA LIBRACIÓN DE SALDOS DE COMPROMISOS PRESUPUESTALES DE HOGARES GESTORES CON DISCAPACIDAD DE LA VIGENCIA 2023.
2. BRINDAR APOYO EN LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y/O TEMAS A EVALUAR Y/O INVESTIGAR EN LA REGIONAL BOYACÁ.	REVISIÓN DE MEMORANDO DIRIGIDO A LA DEFENSORA DE FAMILIA DEL CZ TUNJA 2 POR MEDIO DEL CUAL SE HACE SOLICITUD DE SEGUIMIENTO A UBICACIÓN DE JOVEN EN SERVICIO DE PROTECCIÓN. REVISIÓN DE MEMORANDO DIRIGIDO A LOS COORDINADORES DE CZ Y GRUPOS DE LA REGIONAL CON EL FIN DE INFORMAR Y PARTICIPAR EN LA CONMEMORACIÓN DEL DÍA NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. LA DELEGACIÓN ENLACE REGIONAL BOYACÁ PARA EL CONVENIO 003 DE 2020.
3. APOYAR LA ELABORACIÓN OPORTUNA DE RESPUESTAS A PETICIONES Y CONSULTAS RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	REVISIÓN DE MEMORANDOS DIRIGIDOS A LOS COORDINADORES DE LOS DIFERENTES CENTROS CZ REVISIÓN DE RESPUESTA SOLICITUD DE REAPERTURA UDS HCB LAS SOÑADORAS REVISIÓN DE RESPUESTA SOLICITUD DE REAPERTURA UDS HCB LA MILAGROSA REMISIÓN DOCUMENTOS COMISIÓN AUTORIZADA 193223 DESISTIMIENTO TÁCITO DE PETICIÓN DE ARCHIVO PAGO DE LO NO DEBIDO LICENIA REMUNERADA ACTAS DE INCIO LINA MARIN OFICIO REMISORIO DIANA CAROLINA ROJAS LICENCIA ORDINARIA NO REMUNERADA TULIO FACHE PERMIRO REMUNERADO POR EXPOSICIÓN AL RIESGO PSICOSOCIAL AYDA MILDRED SUA PERMISO REMUNERADO GISELA ASTRID PERMISO REMUNERADO GISELA LOPEZ PERMISO REMUNERADO MARTHA CASTRO PERMISO REMUNERADO ANDREA MARIÑO DVOLUCION DE DOCUMENTOS SOLICITUDE DE APERTURA VEREDA MORRO RESOLUCON POR MESIO DE LA CUAL SE ORDENA EL PAGO CZ CHIQUINQUIRA DESMATERIALIZACIÓN CUENTA ICBF RESOLUCIÓN ORDENA PAGO CZ DUITAMA

	RESOLUCIÓN DE ORDENA PAGO DE SOSTENIMIENTO YANY MILADY JIMENEZ MONIQUIRA RESOLUCION POR MEDIO DE LA CUAL ORDENA EL PAGO A CZ SOATA RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN MIEMBROS JUNTAS CENTRO ZONAL TUNJA 1 ACEPTACION OERTA 017 RESOLUCIUON POR MEDIO DE LA CUAL ORDENA EL PAGO DE SOTENIMIENTO HOGAR GESTOR DUITAMA A MARIA CRISTINA CORRREDOR RESOLUCIÓN DE ORDEN DE PAGO CZ SOATA RESOLUCIÓN DE ORDEN DE PAGO CZ OTANCHE AUTORIZACIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO EDUAR FERNANDO MEDIETA RESOLUCION DE ORDENA EL PAGO CZ SOGAMOSO RESOLUCIÓN DE PAGO VACACIONE NOVIEMBRE DOCOCUMENTOS LEGALIZACIÓN COMISIÓN 191823 RESPUESTA OFICIO 283 DELEGACIÓN DE SUPERVISIÓN CPS 017 /2023 INSCRIPCIÓN DE MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVAHOGAR INFANTIL NAZARETH PAGO HOGAR DE PASO SOGAMOSO,MIRAFLORES, DUITAMA RESOLUCIONES ORDENA EL PAGO GARAGOA,MONIQUIRA,CHIQUINQUIRA,OTANCHE, TUNJA2, TUNJA 1,GARAGOA, MOIQUIRA,COCUY, RESOLUCIÓN JUNTA DIRECTIVAS MUISCAS
4. PREPARAR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TÉCNICOS QUE SOLICITE EL SUPERVISOR Y REALIZAR LAS AYUDAS DE MEMORIA Y/O ACTAS RESPECTIVAS EN EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	PARTICIPACIÓN EN REUNIÓN LLEVADA A CABO EL OCTUBRE DE 2023 CUYO OBJETO ES REALIZAR REVISIÓN DE AVANCES PARA LAS ADICIONES DE LOS HCB-HOGAR INFANTIL-CDI-DIMF-EIR-PROPIA.
5. PREPARAR Y PRESENTAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS PROCESOS A SU CARGO.	REALIZACIÓN DE INFORME DE AVANCE DE MÍNIMAS CUANTÍAS. REALIZACIÓN DE INFORME DE AVANCE DE MODIFICACIONES Y DISMINUCIONES DE CONTRATOS DE APORTE.
6. APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES A LA DIRECCIÓN REGIONAL DENTRO DEL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES QUE REGULAN LAS COMPETENCIAS DEL ICBF	REVISIÓN DE MEMORANDO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO REVISIÓN DE SOLICITUDES DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE COORDINACIÓN TEMPORALES DEL CZ CHIQUINQUIRA, SOATA Y GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LA REGIONAL. PODERES RELACIONADOS EN EL CORREO INSTITUCIONAL

7. PROYECTAR Y REVISAR PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CONTENIDO JURÍDICO QUE DEBA SUSCRIBIR Y CUYA PREPARACIÓN LE CORRESPONDA, Y ANALIZAR Y EFECTUAR EL CONTROL DE LEGALIDAD DE LOS QUE PREPAREN OTRAS DEPENDENCIAS DE LA REGIONAL.	Revisión de resolución por la cual se autoriza una licencia remunerada por enfermedad de la servidora. Resolución practicante lima Gabriela Autorización de pagos de sostenimiento jessica hernandez, Sandra Viviana, CZ moniquira Autorización hogar garagoa Memoprando devolución documentos vereda morro Licencia no remunerada Permiso psicosocial
8. DAR RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN, EN RELACIÓN CON ASUNTOS JURÍDICOS, CONSOLIDAR Y REVISAR LAS RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL PARA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL, QUE NO SEAN DE COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL	Verificación memorandos realizados de los contratos de comodato.
9. ATENDER LOS DEMÁS REQUERIMIENTOS QUE EFECTÚE EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO.	Revisión de modificación y adicion de los contratos de aporte 15003062022 15003072022 15003082022 15003092022 15003102022 15003112022 15003122022 15003132022 15003142022 15003152022?HASTA LA. 15003722022. Actas de liquidacion contratos 2022 conforme se evidencia en plataforma

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 15000052023 DEL 2023.

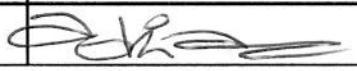
Firma del Contratista: _____

C.C No.: 1,049,623,460

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 cuatro millones seiscientos treinta y cinco mil pesos m/cte.,($ 4,635,000.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ADRIANA DEL PILAR CAMACHO	DIRECTORA REGIONAL	DIRECCION	

Revisó:_____

Ciudad, octubre 31 de 2023

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO identificado(a) con C.C. Nº.**1.049.623.460**, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 "Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social", y Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico"[1] y informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI [X] NO [ ]

2. Que los ingresos por el Contrato N°.**15000052023** del (11_día) de (_Enero mes) de 2023 y cesión (21) de mes de (septiembre) de 2023 corresponde al concepto de:

[X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)

[ ] Cedula de Pensiones

[ ] Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (Artículo 206 y 383 E.T, Parágrafo 2) (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%).*

SI [X] NO [ ]

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18 y Ley 2277 de 2022 Artículo 9, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
JUANA GABRIELA VARGAS LOPEZ	1050103536	28-03-2020	HIJA

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

[1] Ley 2155 de 2021 "Inversión Social" – no modifico la Base se Retención establecida en la Ley 2010 de 2019.

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCP, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2023.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

Cordialmente,

FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
Número de Cédula 1.049.623.460
Teléfono 3209509011
Email FannyA.Lopez@icbf.gov.co

[1] Ley 2155 de 2021 "Inversión Social" – no modifico la Base se Retención establecida en la Ley 2010 de 2019.

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

Tunja, _31 de octubre de 2023

Documento de Cobro N°2

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:
FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
C.C 1.049.623.460

La suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS ($4.635.000),** por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCION REGIONAL DE BOYACA EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON EL SEGUIMIENTO EN LA EJECUCION DE LOS PROCESOS ESTRATEGICOS,MISIONALES Y DE APOYO", del contrato **N° 15000052023** del año **2023**.

Consignar a la cuenta número 291228030 del banco ITAU tipo de cuenta AHORROS

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/10/2023	30/10/2023

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA 6910

	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	El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria.	SI
3	Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, ($53.205.600-2022)	SI
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 ($148.442.000-2023) ($133.014.000-2022) con el sector privado o 4.000 UVT ($169.648.000-2023) ($152.016.000-2022) con el Estado.	NO
	• 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 ($148.442.000-2023) ($133.014.000-2022) 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 ($169.648.000-2023) ($152.016.000-2022).	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:	0%
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)**	NO
	***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

Cordialmente,

Nombre: FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
C.C. 1.049.623.460
Dirección: CARRERA 5D #13ª-12 BARRIO HUNZA
Celular: 3209509011
Correo Electrónico: FannyA.Lopez@icbf.gov.co
No responsable del Impuesto sobre las ventas

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1050103536

Indicativo Serial 60734580

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D [ ] N [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOYACA - TUNJA - NOTARIA 1 TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	LOPEZ

Nombre(s): JUANA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes ABR Día 28	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA - BOYACA - TUNJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15572422-8

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LOPEZ CASTILLO FANNY ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1049623460	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: VARGAS REYES JEFFER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1049619657	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VARGAS REYES JEFFER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1049619657	Vargas Reyes Jeffer

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

NOTARIA PRIMERA DE TUNJA
LA PRESENTE REPRODUCCIÓN ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL PROTOCOLO DE ESTA NOTARIA
04 FEB 2021
HERNAN MONTAÑA RODRIGUEZ
NOTARIO

Fecha de inscripción

Año 2020 Mes ABR Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HERNAN MONTAÑA

Reconocimiento paterno: Vargas Reyes Jeffer A.

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: HERNAN MONTAÑA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

CTRO:L.V. FOLIO/90:23/04/2020

LA INSCRITA FUE LEGITIMADA POR EL MATRIMONIO CIVIL DE SUS PADRES, JEFFER ALEXANDER VARGAS REYES Y FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO, CELEBRADO ANTE LA NOTARIA PRIMERA DE TUNJA, MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NO. 471 DE FECHA 10 DE JUNIO DE 20[illegible] REGISTRADO EN EL INDICATIVO SERIAL [illegible]

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

60734580

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049623480
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCION	CENTRO	TELÉFONO:	7401010
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:				4519205673	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES septiembre	AÑO 2023
DIAS DE MORA:				4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN		999625551-9

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
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 278.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 278.500	$ 1.200	$ 279.700
SUBTOTALES:										$ 278.500	$ 1.200	$ 279.700

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 217.600	$ 0	$ 900	$ 0	$ 217.600	$ 900	$ 0	$ 218.500
SUBTOTALES:													$ 217.600	$ 900	$ 0	$ 218.500

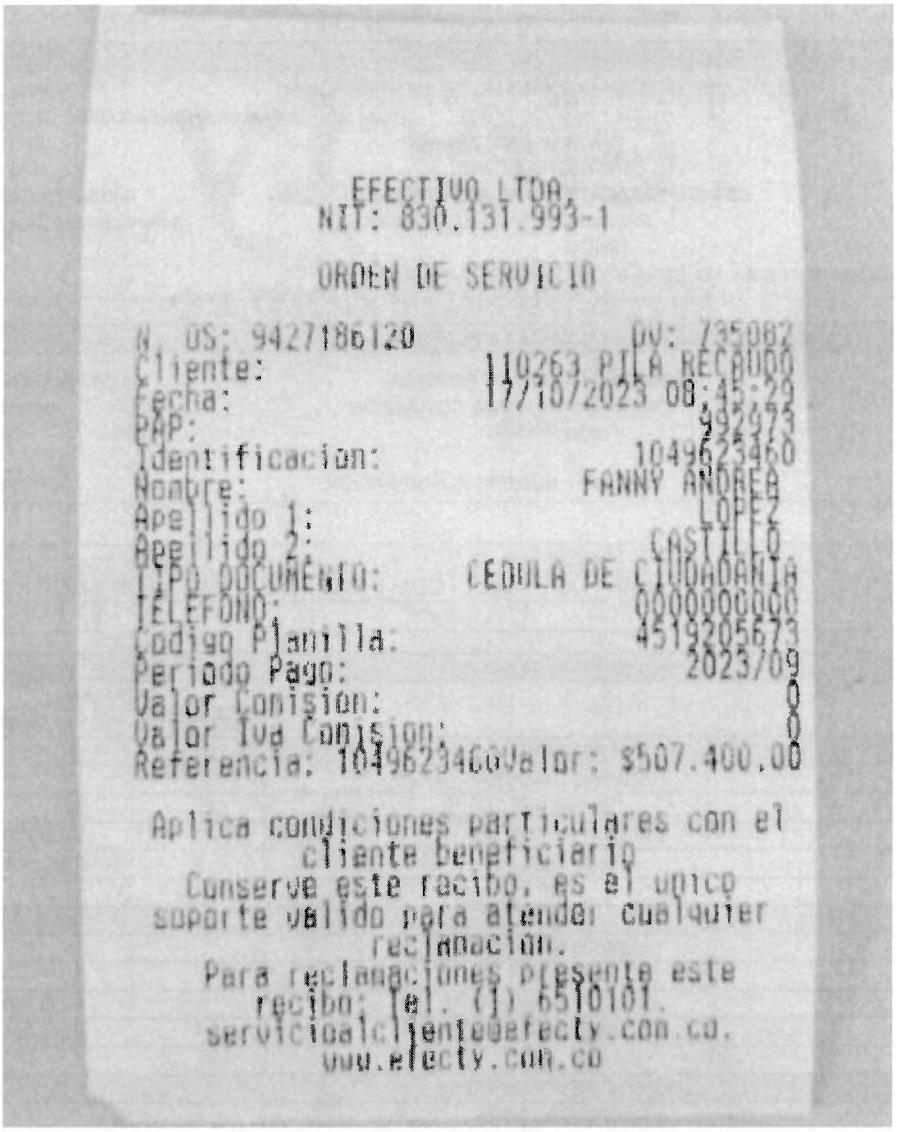
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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	$ 9.100	$ 9.100	$ 100	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.100	$ 100	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSION								SALUD						ARP													
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049623480	LOPEZ CASTILLO FANNY ANDREA	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.740.100				NO																	230201-PROTECCION	30	1.740.100	$ 278.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 278.500	EPS037-NUEVA EPS	30	1.740.100	$ 217.600	$ 0	$ 217.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.740.100	104992345	$ 9.100												

TOTAL	$ 507.400



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9427186120 DV: 735082
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 17/10/2023 08:45:29
PAP: 992973
Identificacion: 1049623460
Nombre: FANNY ANDREA
Apellido 1: LOPEZ
Apellido 2: CASTILLO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 4519205673
Periodo Pago: 2023/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1049623460Valor: $507.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049623460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FANNY ANDREA LOPEZ CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	7401010
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4519205673**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996255516

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 279.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 279.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 505.200**
VALOR MORA:	**$ 2.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 507.400**