Barranquilla, Octubre 31 de 2023

Señor
**PABLO ANDRES MORILLO VIÑAS**
Subsecretario Administrativo y Financiero
Supervisor Contrato

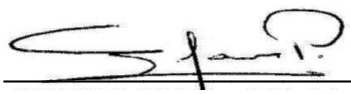
**Asunto:** Informe de actividades desarrolladas correspondiente al periodo comprendido del 25 de Septiembre al 24 de Octubre de 2023, CONTRATO N° 202301967.

Cordial Saludo.

Durante el periodo mencionado en el asunto se efectuaron las actividades tendientes al cumplimiento de mis obligaciones contractuales, de acuerdo a la siguiente descripción, así:

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO | • Recepcionar, revisar, clasificar y controlar documentos, datos, información, elementos o correspondencia relacionados con los asuntos de competencias de la Secretaría de Educación Departamental de acuerdo con las normas y procedimientos respectivos.<br>• Realizar actividades de orden administrativo que apoyen el desarrollo de las funciones y responsabilidades en la gestión administrativa.<br>• Servir de apoyo a los niveles asesor y profesional así como de los funcionarios encargados de los planes, programas, proyectos, procesos y procedimientos a fin de facilitar la gestión de los mismos. |

Atentamente,



**GREGORIA M. JARA PÉREZ**
**C.C. 22.729.707**
Contratista

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 22729707 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GREGORIA MARGARITA JARA PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | LURUACO | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CLL 19 #16A 38 | TELÉFONO: | 1111111 |
| 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: | | **4523877155** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/10/31 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996409659 |

**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 |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 512.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 512.000 | $ 0 | $ 512.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 512.000** | **$ 0** | **$ 512.000** |

**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 | $ 400.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 400.000 | $ 0 | $ 0 | $ 400.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 400.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 400.000** |

**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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 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 | | | | | | | | | 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 | 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 | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 22729707 | JARA PEREZ GREGORIA MARGARITA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 3.200.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 3.200.000 | $ 512.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 512.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 3.200.000 | $ 400.000 | $ 0 | $ 400.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3.200.000 | 22729707 | $ 16.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 928.800** |

**CUENTA DE COBRO INFORME NUMERO 6**

**EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**
**NIT: 890.102.006 - 1**

**DEBE CANCELAR**

**A**

**GREGORIA MARGARITA JARA PÉREZ**

**C.C. N° 22.729.707**

SI__NO X Responsable de IVA

**LA SUMA DE: OCHO MILLONES DE PESOS M/L ($8.000.000,oo)**

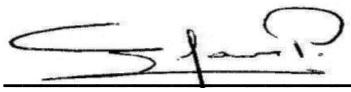
Por concepto de la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, durante el periodo comprendido del 25 de Septiembre al 24 de Octubre de 2023, de acuerdo al contrato No. 202301967

En cumplimiento del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos. Lo anterior para que se tenga en cuenta en la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de las rentas de trabajo de que trata el artículo 103 del Estatuto Tributario. Adicionalmente, para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuentas por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales.

Favor consignar a la cuenta de ahorros del banco DAVIVIENDA con No. 027200058983

En constancia de lo anterior se firma en Barranquilla a los Treinta y un (31) días del mes de Octubre de 2023.

Cordialmente,



**GREGORIA M. JARA PÉREZ**
C.C. N° 22.729.707
**Dirección**: Calle 19 N° 16A-38 Luruaco
**Correo Electrónico:** gjarap1007@gmail.com
**Teléfono:** 3013764037

**CERTIFICADO PERSONAS NATURALES CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEDUCCION DEPENDIENTES**

Fecha del certificado: Barranquilla, 31 de Octubre de 2023

A fin de cumplir con las normas tributarias, con el fin de acceder al beneficio de detraer de mis pagos gravables producto del contrato de prestación de servicios número 202301967 el 10% por concepto de dependientes hasta un máximo de 32 UVT mensuales, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que YO, GREGORIA MARGARITA JARA PÉREZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 22.729.707 de LURUACO, para efectos de lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 387 del Estatuto tributario y el parágrafo del artículo 1.2.4.1.18 del Decreto reglamentario DUR 1625 de 2016 referente a la calidad de dependiente y con el fin de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes que tiene el suscrito, indico que tengo la (s) persona (s) dependiente (s) que cumplen las prescripciones de los artículos mencionados, y me permito identificarlos plenamente, de acuerdo con el siguiente detalle:

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| JOSHUA DAVID MERCADO JARA | HIJO | 16 | T.I 1.045.230.484 |
| NATHALY SOFIA MERCADO JARA | HIJA | 13 | T.I 1.045.234.248 |

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.

SI__ NO: __

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | ENTIDAD EDUCATIVA | PROGRAMA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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.
SI__ NO: X

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD |
|---|---|---|
| | | |

NOTA. Se adjunta certificación de 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.

SI__ NO __

| NOMBRES Y APELLIDOS | CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE | TIPO DE DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |

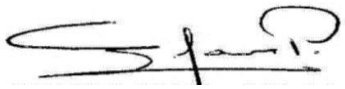
Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO__ Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI__ NO __

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. SI__ NO ___

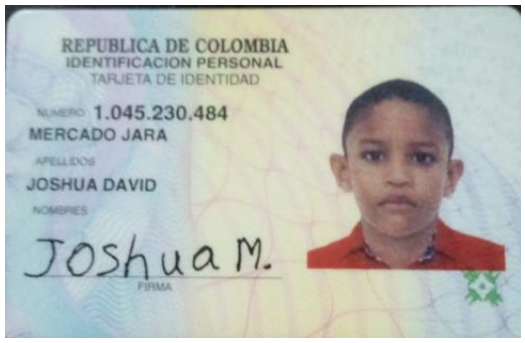
| NOMBRES Y APELLIDOS | CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE | TIPO DE DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| | | |

Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO__ Certificación adjunta de Medicina Legal. SI__ NO__

Atentamente,



**GREGORIA M. JARA PÉREZ**
C.C. N° 22.729.707


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.045.230.484
MERCADO JARA
APELLIDOS
JOSHUA DAVID
NOMBRES
Joshua M.
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-2007
LURUACO
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-MAY-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
06-ENE-2015 LURUACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
P-0301900-00724486-M-1045230484-20150722 0045248412A 1 41507585


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.045.234.248
MERCADO JARA
APELLIDOS
NATHALY SOFIA
NOMBRES
Nathaly S mercado Ja
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-2010
LURUACO
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
29-SEP-2028 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
18-DIC-2018 LURUACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
P-0301900-01063058-F-1045234248-20190219 0064569809A 1 51240796