| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 02<br>PERÍODO: 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024 | |
|---|---|
| **DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **No. CONTRATO Y FECHA** | CTO. 561-2023 CPS |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ANDREA TRUJILLO VÁSQUEZ |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | 1.030.651.788 |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | SIETE (07) MESES |
| **VALOR TOTAL INICIAL DEL CONTRATO** | $ 45.500.000 |
| **VALOR DEL PERIODO DE COBRO** | $ 6.500.000 |
| **No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)** | CUENTAS CLARAS EN BOSA: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL CON UNA GESTIÓN PÚBLICA EFICIENTE Y TRANSPARENTE<br>RUBRO: O23011605570000001839 |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 19 DE DICIEMBRE DE 2023 |
| **PRÓRROGA 1** | NO APLICA |
| **ADICIÓN 1** | NO APLICA |
| **SUSPENSIÓN** | NO APLICA |
| **FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)** | 18 DE JULIO DE 2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | "PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR SOPORTE A LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR LOS ENTES DE CONTROL DE CUALQUIER ORDEN QUE CORRESPONDAN A LA COMPETENCIA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE BOSA" |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar en la gestión, proyección, consolidación y envío de respuestas a las solicitudes de información presentadas por los entes de control (Procuraduría, Veeduría, Contraloría, Personería, entre otros) a la alcaldía local según la asignación realizada por el supervisor | Se realizó la respectiva gestión y trámite para dar respuesta a los requerimientos presentados por los Entes de Control en los términos establecidos. Para tal fin, fueron gestionados veintiséis radicados. | **Radicados**<br>20245710000412 20245710002692<br>20245710000312 20245710003622<br>20245700101371 20245710000442<br>20245710001012 20245710005732<br>20235710165162 20245710005552<br>20245710002012 20245710003772<br>20245710003332 20245710004762<br>20245710003312 20245710001212<br>20245710001282 20245710003092<br>20245710003422 20245710005942<br>20245710004752 20245710008692<br>20245710000452 20235710169472<br>20245710008692 20245710005542 | CD/Carpeta obligación No. 1 |
| 2. Realizar seguimiento a los requerimientos solicitados por los diferentes entes de control a efectos de garantizar efectiva respuesta. | Se realizó seguimiento al cumplimiento en los términos establecidos de las respuestas a los requerimientos efectuados por los Entes de Control (Contraloría, Personería, Veeduría Distrital, Procuraduría General, Fiscalía, etc), mediante la matriz de seguimiento | https://gobiernobogota-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/jeraldyn_tautiva_gobiernobogota_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B76C96F32-D168-4063-AD5A-979985961BAF%7D&file=1_Seguimiento%20Requerimientos%20EdC.xlsx&action=default&mobileredirect=true | CD/Carpeta obligación No. 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | (Requerimientos Entes de Control Alcaldía Local de Bosa) dispuesta para tal fin. | | |
| 3. Apoyar en la formulación y seguimiento de acciones correctivas de los planes de mejoramiento externos | Para el día 19 de diciembre se realizó seguimiento a los diferentes grupos de trabajo del Fondo de Desarrollo Local (Contratación, Infraestructura, Planeación, Contabilidad y Jurídica) con el objetivo de evidenciar el estado de avance o cierre de las acciones de mejora suscritas por el Fondo de Desarrollo Local de Bosa ante la Contraloría de Bogotá | Matriz Excel: https://gobiernobogota-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/dairy_silva_gobiernobogota_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B16EE4809-D518-43AD-8CCC-C2A4CDDBE630%7D&file=Seguimiento%20a%2031%20de%20Dic_Plan%20de%20Mejoramiento%20ALB.xlsx&action=default&mobileredirect=true | CD/Carpeta obligación No. 3 |
| 4. Acompañar el desarrollo de las auditorías realizadas por los entes de control | Se realizó el acompañamiento para el entendimiento del manejo del trámite respectivo a las solicitudes que genera la Contraloría de Bogotá D.C. al Fondo de Desarrollo Local de Bosa, las cuales se consolidan en 11 solicitudes gestionadas y remitidas al Ente de Control. | • Rad No. 20245710000412: Derecho de petición DPC 2160-23, Oficio recibido en el Centro de Atención al Ciudadano con el No.1-2023-30708 de fecha 27-12-23, Recibido en la Gerencia Local de Bosa con Radicado No. 3-2023- 3-2023-35233 de fecha: 28-12-2023.<br>• Rad No. 20245710000442: La relación de contratos del 2021 al 2023 del Fondo de desarrollo local de Bosa localidad de Bosa. Relación de contratos 2017-2022.<br>• Rad No. 20245710000452: Solicitud de información: Información general de la localidad. Radicado 2-2024-00033<br>• Rad No. 20245710001212: Solicitud Información Matriz de Riesgos y Controles FDLB. Radicación: 2-2024-00176 | CD/Carpeta obligación No. 4 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Rad No. 20245710002692: La Contraloría solicita diligenciar el cuadro adjunto atendiendo la información que repose en el SECOP I y II como en el aplicativo SIVICOF<br><br>• Rad No. 20245710003622: Contraloría solicita diligenciar una serie de cuadros en formato Word con corte a 31 de diciembre de 2023<br><br>• Rad No. 20245710004752: En virtud de la Auditoria Financiera y de Gestión Código 110 PAD 2024 se solicita los estados financieros intermedios de octubre de 2022 y 2023<br><br>• Rad No. 20245710004762: En virtud de la Auditoria Financiera y de Gestión Código 110 PAD 2024 se solicita los acuerdos y decretos locales y la relación de las obligaciones por pagar a corte diciembre de 2022 y 2023.<br><br>• Rad No. 20245710005942: Solicitud Información Auditoria Financiera y de Gestión Código 110 PAD 2024: Proceso de gasto público. Radicación: 2-2024-00915<br><br>• Rad No. 20245710008692: Solicitud información Auditoria Financiera y de Gestión Código 110 PAD 2024 - proceso de gasto público diligenciar dos tablas de Excel<br><br>• Rad No. 20245710010552: Solicitud información Auditoria Financiera y de Gestión Código 110 PAD 2024 - Proceso de Gasto Público. Diligenciar varias tablas respecto a: demandas en contra e instauradas por el sujeto de control y comportamiento del plan de acción. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5. Realizar el envío y tramite respectivo de los requerimientos recibidos en el aplicativo de gestión documental dispuesto por la Alcaldía Local. | Se visualizó la radicación, el trámite y envío de las respuestas asignadas a los requerimientos allegados por los Entes de Control en aplicativo de Gestión Documental ORFEO, debido a la oportuna gestión de la información allegada al mismo. | **Radicados:**<br>20245700019381<br>20245700013801<br>20245700023971<br>20245700067331<br>20245700021441<br>20245700025581<br>20245700030451<br>20245700028641<br>20245700069551<br>20245700052451<br>20245700040031<br>20245700089281<br>20245700059041<br>20245700086411<br>20245700102981<br>20245700026301<br>20245700026541<br>20245700026751<br>20245700025301<br>20245700021631<br>20245700021661<br>20245700027251<br>20245700028291<br>20245700039621<br>20245700058621<br>20245700052611<br>20245700059221<br>20245700074741<br>20245700101371<br>20245700027661 | CD/Carpeta obligación No. 5 |
| 6. Las demás que demande la Administración Local a través del Supervisor y/o apoyo a la supervisión, que correspondan a la naturaleza del contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual. | Tramite y seguimiento al Contrato de Obra No. 165 de 2017, para tal fin se realiza oficio dirigido a la Doctora: María Clemencia Jaramillo Patiño Profesional Especializado 1004 Subdirección de Cobro No Tributario Secretaría de Hacienda Distrital para que se sirvan informar el estado actual del expediente contractual | Radicado No. 20245700037221 | CD/Carpeta obligación No. 6 |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | | | |

| APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL: | NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD | NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL | NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN |
|---|---|---|---|
| APORTES EN LINEA | SALUD TOTAL | POSITIVA (RIESGO 1) | COLPENSIONES |

**FIRMAS**

**DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato

**CONTRATISTA**

**Firma:**

ANDREA TRUJILLO V.

**Nombre: ANDREA TRUJILLO VÁSQUEZ**
Cédula: 1.030.651.788

**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

**Firma:**

**Nombre: LIZETH JAHIRA GONZÁLEZ VARGAS**
**Cargo:** ALCALDESA LOCAL DE BOSA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

# ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista ANDREA TRUJILLO VÁSQUEZ sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al: Periodo comprendido entre el 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024

| | |
|---|---|
| **Contrato**: | CTO. 561-2023 CPS |
| **Tipo de Contrato:** | Contrato Prestación de Servicios |
| **Contratista**: | ANDREA TRUJILLO VÁSQUEZ |
| **Cédula o NIT**: | No. 1.030.651.788 |
| **Objeto**: | EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL FONDO PARA "PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR SOPORTE A LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR LOS ENTES DE CONTROL DE CUALQUIER ORDEN QUE CORRESPONDAN A LA COMPETENCIA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE BOSA." |
| **Plazo del contrato**: | SIETE (07) MESES |
| **Fecha Iniciación**: | 19 DE DICIEMBRE DE 2023 |
| **Fecha de Terminación inicial**: | 18 DE JULIO DE 2024 |
| **Valor Inicial Pactado**: | $ 45.500.000 |
| **Valor a Pagar**: | $6.500.000 |
| **Numero de PIN**: | 7913181871- 7913186103 PIN de corrección planilla |
| **Periodo cotizado**. | Enero de 2024 |

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma el primer (01) día del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024).

Interventor o Supervisor,

**LIZETH JAHIRA GONZÁLEZ VARGAS**
C.C. No. 1.073.156.298
ALCALDESA LOCAL DE BOSA

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

**Numero de Contrato** 561 de 2023

Yo, Andrea Trujillo Vásquez, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.030.651.788 expedida en la ciudad de Bogotá.

| INFORMACION PERSONAL | SI | NO |
|---|---|---|
| Soy Pensionado | | X |
| Soy Declarante de Renta año 2023 | | X |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta. | | X |
| Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica | X | |

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

| DEPURACION CALCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica). | | X |
| Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual) | | X |
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual) | | X |
| Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta) | | X |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta) | | X |

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

| | | |
|---|---|---|
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT ( Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | | X |

Se expide y firma el primer (01) día del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024).

Firma: ANDREA TRUJILLO V.
Nombre: Andrea Trujillo Vásquez
C.C: 1.030.651.788
Dirección de correspondencia: Calle 50 Sur No. 77 M 09
Teléfono de contacto: 3125053777
Correo electrónico institucional: Andrea.trujillo@gobiernobogota.gov.co y correo electrónico personal andre28_03@hotmail.com

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030651788 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDREA TRUJILLO VASQUES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 50 SUR N 77 M 09 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7913181871 | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | enero | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/01/26 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 418303231 |

### 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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 384.000 | $ 0 | $ 384.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 384.000** | **$ 0** | **$ 384.000** |

### 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 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 300.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 300.000** |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 12.600 | $ 12.600 | $ 0 | $ 0 | $ 12.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 12.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 12.600** |

### 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 | RESIDENTE 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 1030651788 | TRUJILLO VASQUEZ ANDREA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.400.000 | $103065178 | $ 12.600 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 696.600 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030651788 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDREA TRUJILLO VASQUES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 50 SUR N 77 M 09 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7913181871** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/01/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 418303231 |

## NOVEDADES

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

Planilla Pagada

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 384.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 384.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 300.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 300.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 12.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 12.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 696.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 696.600** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030651788 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDREA TRUJILLO VASQUES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 50 SUR N 77 M 09 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7913186103 | TIPO DE PLANILLA: | | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/01/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 418368081 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 7913181871 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA | | | 2024/01/26 |

### 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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 32.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32.000 | $ 0 | $ 32.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 32.000** | **$ 0** | **$ 32.000** |

### 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 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 25.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 25.000 | $ 0 | $ 0 | $ 25.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 25.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 25.000** |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 1.000 | $ 1.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 1.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 1.000** |

### 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 | 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 1030651788 | TRUJILLO VASQUEZ ANDREA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.400.000 | | | NO | | | | | | | A | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.400.000 | 103065178 | $ 12.600 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1030651788 | TRUJILLO VASQUEZ ANDREA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.600.000 | | | NO | | | | | | | C | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.600.000 | $ 416.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 416.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.600.000 | $ 325.000 | $ 0 | $ 325.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.600.000 | 103065178 | $ 13.600 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1030651788 | TRUJILLO VASQUEZ ANDREA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.600.000 | | | NO | | | | | | | R | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 200.000 | $ 32.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 32.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 0 | $ 200.000 | $ 25.000 | $ 0 | $ 25.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 200.000 | 103065178 | $ 1.000 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 58.000 |
|---|---|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030651788 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDREA TRUJILLO VASQUES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 50 SUR N 77 M 09 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7913186103** | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/01/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 418368081 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7913181871 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2024/01/26 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 32.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 32.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 25.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 25.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 1.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 58.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 58.000** |

## CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que ANDREA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1030651788, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANDREA TRUJILLO VASQUEZ con documento CC 1030651788, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 7913186103 | Tipo de Planilla | N-CORRECCIONES |
| Periodo Cotizado Otros | ENERO/2024 | Periodo Cotización Salud | ENERO/2024 |
| Fecha Pago | 2024/01/26 | Número de Autorización | 418368081 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS002 - SALUD TOTAL |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 0,522 % |
| Clase de Riesgo | 1 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada