Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	06
	FORMATO	MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES Y DEDUCCIONES	PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	06/09/2023

COPIA CONTROLADA

CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 1086 de 2024 CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR (1)

OBJETO DEL CONTRATO: (2) : Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la dirección de derechos humanos en el fortalecimiento de la capacidad técnica de las organizaciones sociales y de funcionarios públicos en la política pública de derechos humanos, gestión institucional y enfoque diferencial.

CONTRATISTA: (3)	INTERVENTOR(ES) Y/O SUPERVISOR(ES): (4)	PERIODO: (5)
KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA	FRANKLIN CASTAÑEDA VILLACOB	01/05/2024-30/05/2024

No.	OBLIGACIONES (6)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)	PRODUCTO ENTREGADO/ ACTIVIDADES DESARROLLADAS (8)	OBSERVACIONES (9)
1	Apoyar a la Dirección de Derechos Humanos en la realización de asistencias técnicas para la incorporación del Enfoque Basado en Derechos Humanos a través del fortalecimiento a instancias de participación para la defensa, protección y garantía de los DDHH, en las entidades territoriales asignadas.	35.25.%	1.1) Se participa y se brinda apoyo en el evento "Entidades Territoriales para la Política Pública de Intervención de Cementerios e Incorporación de Acciones en los Planes Territoriales de Desarrollo". 1.2) Se asiste a la reunión de equipo donde brindaron orientaciones para la revisión de PDT y su respectiva retroalimentación	1.1) Listado de asistencia 1.2) Acta de reunión
2	Apoyar a la Dirección de Derechos Humanos en la realización de procesos de formación a organizaciones y actores sociales en las entidades territoriales asignadas, en temas de cultura en derechos humanos, proyectos, autoprotección, igualdad y no discriminación	35.25.%	Durante el periodo del informe no se realizaron acciones asociadas a esta actividad contractual	No aplica
3	Apoyar a la dirección de derechos humanos en el seguimiento a las iniciativas cofinanciadas que se desprendan del proyecto de inversión "fortalecimiento de la gestión territorial en la garantía, promoción y goce de los derechos humanos a nivel nacional"	35.25.%	Durante el periodo del informe no se realizaron acciones asociadas a esta actividad contractual	No aplica
4	Apoyar a la Dirección de Derechos Humanos en la medición de indicadores sobre la incorporación del enfoque basado en los Derechos Humanos, en las entidades territoriales asignadas.	35.25.%	Durante el periodo del informe no se realizaron acciones asociadas a esta actividad contractual	No aplica
5	Apoyar en la construcción de un modelo de seguimiento a las acciones territoriales desarrolladas por el equipo de fortalecimiento de la dirección, con la finalidad de construir y entregar informes departamentales.	35.25.%	5.1) Se participa en una reunión convocada por el director Franklin Castañeda y Bibiana Alvarado, con el objetivo de dar seguimiento a las asistencias técnicas y avanzar en el proceso de evaluación del banco de proyectos. Durante la misma, el director de la Dirección de DDHH brindó orientaciones para la revisión de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) de las gobernaciones y ciudades capitales, con el fin de brindar oportuna retroalimentación.	5.1) Acta de Reunión y listado de asistencia
6	Apoyar a la Dirección en la implementación de las estrategias de formación, capacitación, información y comunicación en Derechos Humanos, en los territorios asignados.	35.25.%	6.1) Busqueda y revisión del Plan de Desarrollo Territorial de Bolivar 6.2) Busqueda y revisión del Plan de Desarrollo de Cartagena 6.3) Busqueda y revisión del Plan de Desarrollo Territorial de Nariño 6.4) Busqueda y revisión del Plan de Desarrollo de Pasto 6.5) Busqueda y revisión del Plan de Desarrollo de Tumaco	6.1) PDT Bolivar 6.2) PD Cartagena 6.3) PDT Nariño 6.4) PD Pasto 6.5) PD Tumaco
7	Apoyar a la Dirección de Derechos Humanos en la verificación técnica de las iniciativas orientadas a la promoción, prevención y protección de los derechos humanos de organizaciones sociales, líderes, lideresas y defensores de derechos humanos en el marco del banco de proyectos.	35.25.%	7.1) Se lleva a cabo la revisión asignada del presupuesto correspondiente a las iniciativas presentadas en el ciclo II de 2023 del banco de proyectos. 7.2) Se realiza la clasificación de las carpetas de las organizaciones correspondientes al Banco de Proyectos del ciclo II de 2023..	7.1) Revisión 7.2) Pantallazo gestión
8	Apoyar a la Dirección de Derechos Humanos en la elaboración de informes, oficios, memorandos, comunicaciones y de respuestas a peticiones, consultas y requerimientos.	35.25.%	8.1) Se realiza el oficio de retroalimentación del Plan de Desarrollo Territorial de Bolivar 8.2) Se realiza el oficio de retroalimentación del Plan de Desarrollo de Cartagena 8.3) Se realiza oficio de retroalimentación del Plan de Desarrollo Territorial de Nariño 8.4) Se realiza oficio de retroalimentación del Plan de Desarrollo de Pasto 8.5) Se realiza oficio de retroalimentación del Plan de Desarrollo de Tumaco	8.1) Oficio Bolivar 8.2) Oficio Cartagena 8.3) Oficio Nariño 8.4) Oficio Pasto 8.5) Oficio Tumaco

(10) SOLICITUD DE DEDUCCIONES SEGÚN ARTÍCULO 387 DEL E.T. Y ARTÍCULO 2 DEL DECRETO 0099 DE 2013 Y DEMÁS NORMAS VIGENTES

A. **POR DEPENDIENTES:** (ver instrucciones) ☐ SI ☑ NO solicito deducción por dependientes. (Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo *mcortes@mininterior.gov.co*)
B. **POR CONCEPTO DE INTERESES O CORRECCIÓN MONETARIA EN CRÉDITOS DE VIVIENDA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo mcortes@mininterior.gov.co)*
☐ SÍ ☑ NO Compartido ☐ SÍ ☑ NO Porcentaje Participación _____
C. **POR MEDICINA PREPAGADA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez, al correo mcortes@mininterior.gov.co , Informar a este correo novedades de retiro de ser necesario).*
D. **POR RENTAS EXENTAS-APORTES VOLUNTARIOS:** *(Adjuntar la certificación en la cuenta de cobro como anexo cuando sea necesario)*

FIRMA DIRECTOR
FRANKLIN CASTAÑEDA VILLACOB

FIRMA CONTRATISTA
KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA

Instructivo diligenciamiento **(no imprimir y borrar al diligenciar):**

1. Indicar número y vigencia asignado al contrato.
2. Indicar objeto del contrato
3. Indicar nombre completo del contratista
4. Indicar nombre y cargo del supervisor (es) y/o interventor (es)
5. Indicar el periodo de ejecución del contrato.
6. Indicar las obligaciones del contratista establecidas en el contrato
7. Indicar el porcentaje de cumplimiento frente a la obligación del contrato relacionada.
8. Indicar el producto obtenido frente a la oblicación, si aplica.
9. Indicar observaciones frente al porcentaje de cumplimiento y/o producto obtenido de la obligación relacionada, si aplica.
10. Solicitud de Deducciones: Indicar la deducción por la cual se acoge según artículo 387 del E.T y artículo 2 del decreto 0099 de 2013 y demás normas vigentes:

a) **Por Dependientes:** Por favor tener en cuenta Tabla 1 para determinar si requiere deducciones. Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo del Grupo de Financiera mcortes@mininterior.gov.co.

Tienen derecho a deducción por dependientes las personas que cumplan las siguientes condiciones (Paragrafo 2o. Articulo 387 y Decreto 1625 de 2016 art. 1.2.4.1.18)

TABLA 1

DEDUCCIÓN DE DEPENDIENTES
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, que estén estudiando en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal.
El cónyuge o compañero(a) 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) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

b) Por concepto de intereses o corrección monetaria en créditos de vivienda: Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo del Grupo de Financiera mcortes@mininterior.gov.co.
c) Por medicina prepagada: Se debe Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo mcortes@mininterior.gov.co), Informar a este correo novedades de retiro de ser necesario.
d) Por rentas exentas-aportes voluntarios: Adjuntar la certificación de estos aportes a la cuenta de cobro como anexo, cuando sea necesario.

11. Firmar por parte del supervisor (es) y/o interventor (es) y por parte del contratista.

Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	1 de 4
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

Espacio para Radicado

INFORMACIÓN GENERAL

No. DE CONTRATO 1086 FECHA. Día 06 Mes 03 Año 2024

OBJETO: Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la dirección de derechos humanos del Ministerio del Interior en el desarrollo de capacidades técnicas de organizaciones y entes territorial en políticas públicas de derechos humanos y enfoque diferencial

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: K A R O L A D R I A N A G O N Z A L E Z H E R R E R A

DIRECCIÓN: C R A 7 # 6 – 55 A P T O 601	TELÉFONO: 3 0 1 3 5 3 9 7 9 3
CÉDULA Y/O NIT: 1 0 2 6 2 8 6 6 0 7	CORREO ELECTRÓNICO: k a d r i a n a g h e r r e r a @ g m a i l . c o m
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): F R A N K L I N C A S T A Ñ E D A V I L L A C O B	
DEPENDENCIA: DERECHOS HUMANOS	No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:
FECHA DE INICIO DÍA: **6** MES: **03** AÑO: 2024	**FECHA TERMINACIÓN INICIAL** DÍA: **0 5** MES: 11 AÑO: 2024
Valor total del contrato $ 61.040.000	Valor desembolso del convenio $ 7.630.000

VALOR IVA (Cuando aplique)	**VALOR FACTURAS** (Cuando aplique)	**VALOR DESPLAZAMIENTOS** (Cuando aplique)	**VALOR ADICIÓN** (Cuando aplique)	**PRÓRROGA** (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)	**SUSPENSIÓN**	**CESIÓN**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA**

ASPECTOS ECONÓMICOS

Número de pago	Periodo de pago	Valor a cobrar en el periodo	Pensionado
3	1 al 30 de Mayo 2024	$ 7.630.000	Sí___ No X

No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones)	No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones)	
15124	**37-01-01-007**	
Entidad bancaria: CAJA SOCIAL	No. de cuenta bancaria: 24107895066	Tipo de cuenta: Ahorros X Corriente__

PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Entidad	Valor ($)	Periodo Mes	Periodo Año	No. de planilla
EPS	COMPENSAR	381.500	Mayo	2024	77162577
FONDO PENSIÓN	PROTECCION	488.400			
ARL	SURA	16.000			

OTROS ASPECTOS ECONÓMICOS

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) y/o INTERVENTOR(ES)
(Revaluación del Proveedor)

Evalúe al contratista/proveedor teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

Ítem	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	3
2	Responsabilidad	Presentar los informes y/o soportes que le sean requeridos por el supervisor.	3
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	3

4	Calidad	Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas.	3
5	SG-SST	Acató los lineamientos e instrucciones en matrería de Seguridad y Salud en el Trabajo, dispuestos por la Entidad.	3

Informes Publicados en SECOP II

Se validó la publicación de los informes de ejecución del Contrato en la plataforma SECOP II, conforme a lo dispuesto en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014 y el Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015.

NOTA: Para el pago final se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.

OBSERVACIONES

(Novedades adicionales)

Indicar las novedades adicionales que se crea necesario informar el Contratista y/o Supervisor(es)/Interventor (es)

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)

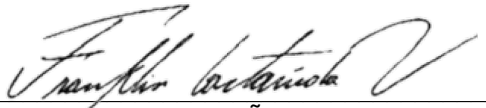
(Aplica solo para pago final)

El Supervisor, hace constar que el contratista CUMPLE (____) NO CUMPLE (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como consta en los informes, y ejecutó el mismo en un porcentaje del_____.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. Se canceló la suma de $_____conforme a la cláusula_____del contrato.
2. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
3. El contratista deberá reintegrar al Ministerio la suma de $_____
4. El valor de la cesión es de $_____
5. El Ministerio debe liberar la suma de $

FIRMA RESPONSABLES:



FRANKLIN CASTAÑEDA VILLACOB

Instrucciones para el diligenciamiento (Favor borrar al imprimir o al diligenciar)

Espacio para el radicado: Espacio exclusivo para radicado Gestor Documental.
No. De contrato y fecha: Indicar número y fecha del contrato.
Objeto: Indicar el objeto del contrato tal y como aparece en el clausulado
Nombre del contratista y/o representante legal: Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato.
Dirección: Indicar dirección del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
Teléfono: Indicar número telefónico del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
Cédula y/o NIT: Indicar número de cédula de ciudadanía o número de NIT, según aplique.
Correo electrónico: Indicar correo electrónico del contratista o de la firma.
Nombres(s) del Supervisor(es) y/o Interventor(es): Indicar el nombre completo del supervisor(es) y/o interventor(es) del contrato.
Dependencia: Indicar la dependencia donde labora el supervisor del contrato.
No. De extensión o teléfono: Indicar el teléfono y/o extensión del supervisor del contrato.
Fecha de inicio: Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción
Fecha terminación inicial: Indicar fecha de terminación del contrato.
Valor total del contrato o Convenio: Indicar valor total del contrato o convenio, incluidas adiciones si aplica.
Valores honorarios mensuales o Desembolso del Convenio: Indicar el valor total mensual de los honorarios del contratista o del convenio
Valor IVA: Indicar el valor del IVA en los casos que aplique.
Valor facturas: Indicar el valor de la factura en los casos que aplique.
Valor desplazamientos: Indicar si aplica el valor de desplazamientos del contratista, de acuerdo con el objeto contractual
Valor Adición: Indicar las adiciones que se hayan realizado al contrato, si aplica.
Prórroga: Indicar el tiempo de prórroga del contrato si aplica.
Suspensión: Indicar el tiempo de suspensión del contrato, si aplica.
Cesión: Indicar el nombre del contratista o firma que cedió el contrato, si aplica.
Terminación anticipada: Indicar la fecha en la que se suscribe la terminación anticipada del contrato.

Aspectos Económicos:

Número de pago: Indicar el número de pago que se está cobrando.
Periodo de pago: Indicar el periodo de pago que se está cobrando
Valor a cobrar en el periodo: Indicar el valor a cobrar correspondiente al periodo cobrado.
Pensionado: Indicar con una X si el contratista se encuentra pensionado o no.
No Registro (s) Presupuestal (es) a afectar y No. Subunidad Presupuestal: Indicar el Registro (s) Presupuestal (es) y la Subunidad Presupuestal, esta información se encuentra enunciada en el Registro Presupuestal de cada contrato, ver ejemplo:



SIIF Nación

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto
Comprobante

Usuario Solicitante: MHfgutierc
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 37-01-01-22
Fecha y Hora Sistema:

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP XXXX de fecha XXXX Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	XXXX	Fecha:	2020-02-03	Unidad / Subunidad ejecutora:	XXXX			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:		Valor Total Operaciones:			Valor Actual:		Saldo x Obligar:	

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	XXXX	Razon Social:	XXX	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:		Banco:		Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:		Nombre:		Cargo:	

CAJA MENOR				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificacion:		Fecha de Registro:		Numero:	238-20	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2020-02-03

Entidad Bancaria: Indicar el nombre de la entidad Bancaria, número de cuenta y establecer si es una cuenta de ahorros o una cuenta corriente.
No. de cuenta bancaria: Escribir en números la cuenta bancaria sin puntos ni líneas.
Tipo de cuenta: Indicar con una X si es de ahorros o corriente
Pago aportes sistema de seguridad social: Indicar la entidad, el valor, el periodo cotizado y número de planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social, discriminado los valores correspondientes a salud, pensión y ARL.
Otros Aspectos Económicos:
Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es): Indicar el concepto del supervisor según las convenciones asignadas para la evaluación del contratista.
Informes Publicados en SECOP II: El contratista mensualmente debe realizar la publicación de los informes en el SECOP II, y el supervisor debe validar dicha publicación. (No es necesario adjuntar este soporte mensualmente)
Para el último pago, **Sí** se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.
Observaciones: Indicar novedades adicionales que presente el contratista, incluyendo si para el cobro de su cuenta presenta más de dos usos presupuestales para la generación del pago.
Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es) (aplica solo para el pago final.**):** Indicar el concepto del supervisor y/o interventor del contrato, señalando el porcentaje total de ejecución del contrato, dejar constancia de la ejecución financiera del contrato,
Firmas responsables: Firmar por parte del supervisor(es) y/o Interventor(es).

Bogotá D.C., 20 de Mayo de 2024

CUENTA DE COBRO No. 3

MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT: 830.114.475-6

DEBE A:

KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA
C.C. 1.026.286.607 DE BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

(SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS)

$(7.630.000)

Por concepto del pago de honorarios por prestación de servicios profesionales en la Dirección de Derechos Humano del Ministerio del Interior, correspondiente al periodo del 1 al 30 de mayo del 2024, contrato **No.1086** de 2024.

Autorizo que se me consigne el monto aquí referido en la **cuenta de ahorros No. 24107895066 del BANCO: CAJA SOCIAL**



KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA
C.C.1026286607 de Bogotá D.C
Cel. 301 3539793

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA	Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	17/05/2024	77162577	$885.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	381.500	0		0		0	0	0	0	381.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	488.400	0	0	0	0	0	0		488.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	16.000				16.000	0	0	16.000			160	16.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	381.500	381.500
Pensión	1	488.400	488.400
Riesgos Laborales	1	16.000	16.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	885.900	885.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026286607	KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA		Cra 7 #61 55	3013539793	kadrianagherrera@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	17/05/2024	77162577	$885.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026286607	GONZALEZ HERRERA KAROL ADRIANA	59	0			N																	230201	3.052.000	488.400	0	0	0	0	EPS008	3.052.000	381.500	14-11	3.052.000	1	16.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14987634401

(415)7707212489984(8020) 000001498763440 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 6 2 8 6 6 0 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 6 2 8 6 6 0 7	2 0 1 1 1 2 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	HERRERA	KAROL	ADRIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 7 61 55 AP 601

42. Correo electrónico: kadrianagherrera@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 5 3 9 7 9 3	3 1 1 2 4 2 9 3 1 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 4 0 3 0 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4	9																								

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 04 / 12 : 35: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

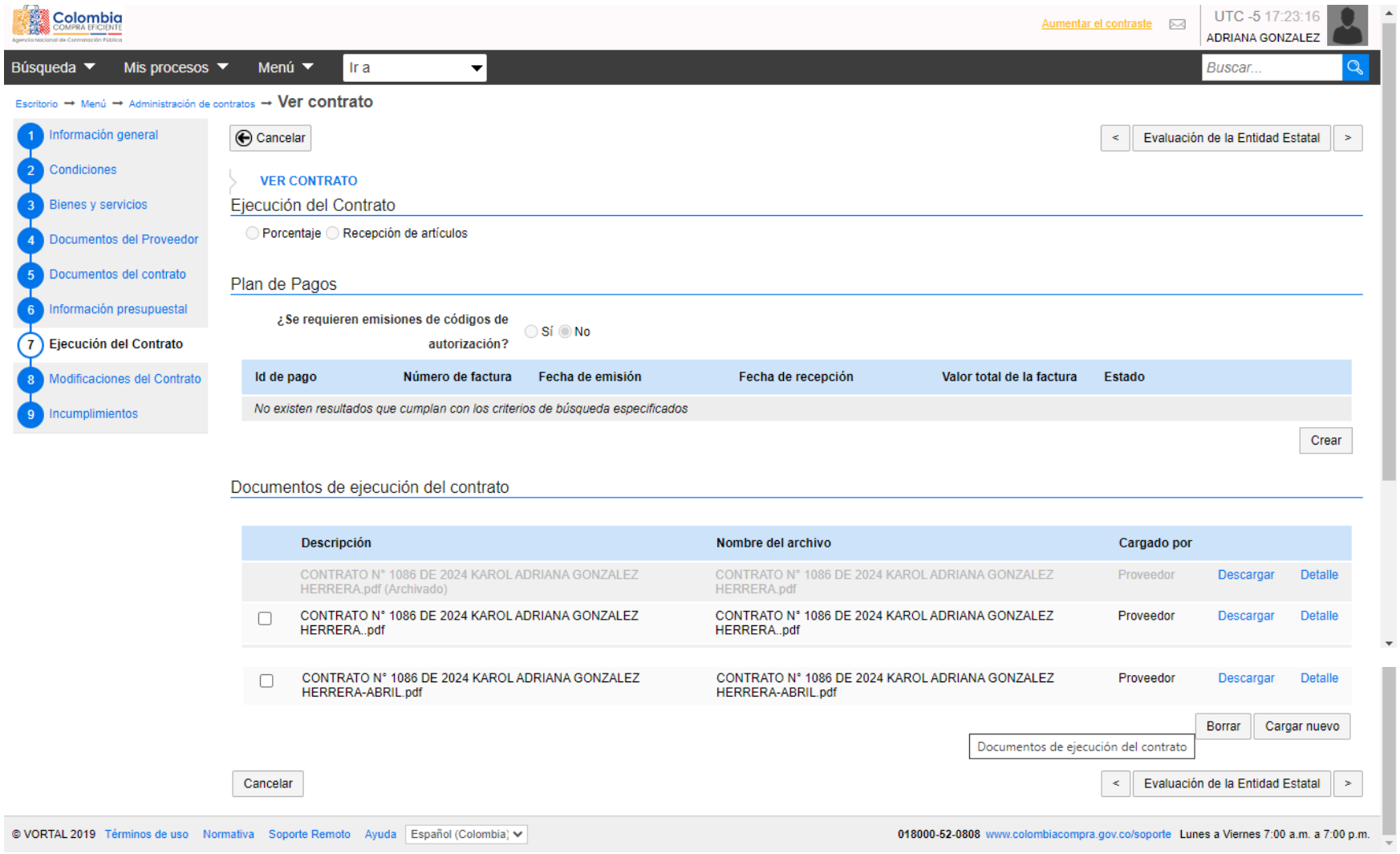
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ HERRERA KAROL ADRIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 17:23:16
ADRIANA GONZALEZ
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA.pdf (Archivado)
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA..pdf
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA..pdf
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA-ABRIL.pdf
CONTRATO N° 1086 DE 2024 KAROL ADRIANA GONZALEZ HERRERA-ABRIL.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Documentos de ejecución del contrato
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.