	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
	FORMATO RADICACIÓN CUENTA DE COBRO

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA
GAF-F-06	1	30/03/2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE		
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**NÚMERO CONTRATO**	**VALOR INICIAL**	**PLAZO**
78.034.355	040-2024	$ 25.200.000,00	6 MESES

OBJETO	Prestación de Servicios Profesionales de un Contador Público de Apoyo al Area de Pagaduría de la Personería Municipal de Montería

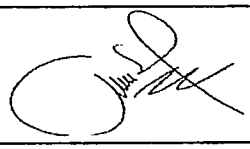
CDP	24000080	RP	24000075	NRO PAGOS	1

FECHA SUSCRIPCIÓN	FECHA INICIO	FECHA FINAL
7/05/2024	8/05/2024	8/11/2024

CONTROL DE PAGOS

PAGO NÚMERO	PERIODO DE EJECUCIÓN	VALOR	VALOR ACUMULADO
1	08/05/2024 A 07/06/2024	$ 4.200.000,00	$ 4.200.000,00
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR	DIANA ESTELA CONEO
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA PAGADORA
FECHA DE RADICACIÓN	7/06/2024
FIRMA DEL CONTRATISTA	

PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERIA
Nit. 800.253.846 - 1
Montería – Córdoba

CUENTA DE COBRO 01

DEBE A:
ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
CEDULA: 78.034.355
Cereté. Córdoba

Debe: Cuatro Millones Doscientos Mil pesos M/L $(4.200.000)

Por concepto del pago N° 01 correspondiente al contrato de prestación de servicios 040–2024 cuyo objeto es Prestación de Servicios Profesionales de un Contador Público de Apoyo al Área de Pagaduría de la Personería Municipal de Montería **SEGÚN CDP 24000080 Y RP 24000075.**

Son: Cuatro Millones Doscientos Mil pesos M/L $(4.200.000)

Montería, 07 de junio de 2024

Cordialmente,

ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
C.C 78.034.355 de Cereté

	Gestión Administrativa y Financiera	
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN	
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
GAF-F-07	**02**	**13/03/2024**

INFORME DE EJECUCIÓN
Nro. 01
07 de junio de 2024

CONTRATO:	No- 040-2024
CONTRATANTE:	PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERÍA
CONTRATISTA:	Andrés Camilo Sánchez Negrete
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de Servicios Profesionales de un Contador Público de Apoyo al Área de Pagaduría de la Personería Municipal de Montería
VALOR DEL CONTRATO:	Veinticinco Millones Doscientos Mil pesos ($25.200.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	6 meses
FECHA ACTA DE INICIO:	08 de mayo 2024
PERIODO DE EJECUCIÓN CORRESPONDIENTE AL PRESENTE INFORME	08 mayo 2024 al 07 de junio 2024
VALOR A PAGAR:	Cuatro Millones Doscientos Mil pesos $4.200.000

Mediante el presente escrito, de conformidad con las obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios Nro.040-2024, presento el informe de ejecución que se relaciona en el encabezado de esta página para conocimiento del supervisor y los demás fines pertinentes.

En desarrollo y cumplimiento de las obligaciones contractuales, se desarrollaron las siguientes actividades:

Obligación 1. Evaluar la situación contable de la entidad produciendo los informes necesarios para la toma de decisiones.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
En este periodo no se realizó actividad referente al punto en mención	NO APLICA

	Gestión Administrativa y Financiera	
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN	
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
GAF-F-07	**02**	**13/03/2024**

Obligación 2. Analizar, interpretar y aplicar las normas legales, contables y fiscales con el fin de cabal cumplimiento y así evitar incurrir en evasión o elusión mediante el uso de la fundamentación científica contable y el uso de los procesos y prácticas contables.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
Se verificó el cumplimiento de la razonabilidad tributaria en cada uno de los pagos efectuados por la personería.	Anexo fotográfico
Se revisó el cumplimiento en el pago de los impuestos nacionales a la Dian correspondientes al periodo 04 de 2024	Anexo fotográfico

Obligación 3. Brindar apoyo y acompañamiento en la realización y actualización de los parámetros contables de los rubros presupuestales con el fin de integrar la información de presupuesto, contabilidad y tesorería.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
No se realizó actividad de seguimiento, control o verificación de esta obligación en este periodo	N/A

Obligación 4) Brindar apoyo y acompañamiento en la elaboración de informes financieros y contables que requiera la entidad o cualquier ente de control.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
	N/A

Obligación 5) Realizar las conciliaciones bancarias de las cuentas de la entidad y causación de la nómina y gastos mensuales.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
Se realizó revisión documental y pagos electrónicos en los pagos efectuados en el mes de mayo de 2024	CONCILIACION BANCARIA

Obligación 6) Asistir a reuniones, comités, cuando el personero o su delegado asi lo requiera y acatar las designaciones que sean necesarias para el normal funcionamiento de la entidad.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
Participé en comité convocado por la pagadora de la personería con el fin de tomar correctivos de procesos administrativos	Acta de comité

	Gestión Administrativa y Financiera	
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN	
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
GAF-F-07	**02**	**13/03/2024**

Obligación 7) Implementar los controles que se estimen convenientes con el fin de garantizar una correcta supervisión y custodia de los bienes y patrimonio de la entidad.	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
En este periodo no se registró actividad referente a la obligación contractual	N/A

Obligación 8) Prestar los servicios contratados de acuerdo con las normas propias de la profesión o actividad	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
Se ejecutó las actividades en este periodo con el cabal cumplimiento de los principios contables	N/A

Obligación 9) Las demás obligaciones que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y las demás que se le asigne La personería	
ACTIVIDAD	**EVIDENCIA**
Se realizó por solicitud de la Supervisora la revisión de la documentación física de los contratos contraídos por la personería en los meses de enero y febrero 2024	Anexo fotográfico y cuadro de correctivos
Asistí a XII asamblea nacional de personerías que se realizó los días 23 y 24 de mayo	Formato de asistencia

Atentamente.



ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
C.C. 78.034.355 de Cereté

ANEXO N° 2 RETENCIONES MES DE ABRIL DE 2024

RETENCIONES MES DE ABRIL 2024

PAGOS-LABORALES-HONORARIOS-SERVICIOS

CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FACTURA O EGRESO	CONCEPTO	VALOR BASE	%	VALOR RETENIDO
10776116	LUIS GABRIEL DE GIOVANNI BEHAINE	10776116	PAGO NOMINA(ABRIL)	18.214.842		675.000
10773258	JORGE MARIO GALOFRE	10773258	PAGO LIQUIDACION(ABRIL)	43.926.901		883.000
TOTAL RETENCIONES LABORALES				**62.141.743**		**1.558.000**
HONORARIOS						
1067867369	ALEJANDRO RUIZ	1067867369	HONORARIOS	5.000.000		116.000
1043020961	CRISTIAN CABARCAS MERCADO	1043020961	HONORARIOS	5.000.000		87.000
1067920794	DANIELA REYES	106792094	HONORARIOS	4.600.000		145.820
TOTAL RETENCIONES HONORARIOS				**14.600.000**		**348.820**

CONSOLIDADO RETENCION ABRIL 2024

	BASE	RETENCION	RETENCION POR IVA
RETENCION POR PAGOS LABORALES	$ 62.141.743	$ 1.558.000	
RETENCION POR HONORARIOS	$ 14.600.000	$ 348.820	
RETENCION POR SERVICIOS	$ -	$ -	

	BASE	RETENCION
TOTAL RETENCION	76.741.743	1.906.820

TOTAL A PAGAR RETENCION	1.906.820

ANEXO N° 3 CUMPLIMIENTO PAGO DIAN

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Declaración Retenciones en la Fuente

PRIVADA

350

1. Año: 2024 | 3. Período: 4

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 3505732380541

(415)7707212489984(8020) 000350573238054 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 2 5 3 8 4 6	1				

11. Razón social: PERSONERIA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE SAN JERONIMO DE MONTERIA

12. Cód. Dirección seccional: 1 2

Si es una corrección indique: 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 96. Autorretenedores Personas Jurídicas exonerados de aportes (Art. 114-1 E.T). Actividad económica principal | 97. Tarifa

A título de impuesto sobre la renta y complementario

Concepto		Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta		Retenciones a título de renta
Rentas de trabajo	27	62,142,000	52	1,558,000
Rentas de pensiones	28	0	53	0
Honorarios	29	14,600,000	54	349,000
Comisiones	30	0	55	0
Servicios	31	0	56	0
Rendimientos financieros e intereses	32	0	57	0
Arrendamientos (Muebles e inmuebles)	33	0	58	0
Regalías y explotación de la propiedad intelectual	34	0	59	0
Dividendos y participaciones	35	0	60	0
Compras	36	0	61	0
Transacciones con tarjetas débito y crédito	37	0	62	0
Contratos de construcción	38	0	63	0
Enajenación de activos fijos de personas naturales ante notarios y autoridades de tránsito	39	0	64	0
Loterías, rifas, apuestas y similares	40	0	65	0
Otros pagos sujetos a retención	41	0	66	0
Autorretenciones				
Contribuyentes exonerados de aportes (art. 114-1 E.T.)	42	0	67	0
Ventas	43	0	68	0
Honorarios	44	0	69	0
Comisiones	45	0	70	0
Servicios	46	0	71	0
Rendimientos financieros	47	0	72	0
Pagos mensuales provisionales de carácter voluntario (hidrocarburos y demás productos mineros)	48	0	73	0
Otros conceptos	49	0	74	0
Pagos o abonos en cuenta al exterior a países sin convenio	50	0	75	0
Pagos o abonos en cuenta al exterior a países con convenio vigente	51	0	76	0
Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas			77	0
Total retenciones renta y complementario			78	1,907,000

Retenciones practicadas por otros impuestos

A título de IVA			
A responsables del impuesto sobre las ventas	79		0
Practicadas por servicios a no residentes o no domiciliados	80		0
Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas	81		0
Total retenciones IVA	82		0
Retenciones impuesto timbre nacional	83		0
Retenciones contribución laudos arbitrales	84		0
Total			
Total retenciones	85		1,907,000
Sanciones	86		0
Total retenciones más sanciones	87		1,907,000

88. No. Identificación signatario | 89. DV

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal

Firma Contador o Revisor Fiscal | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio para sello de la DIAN (Fecha)

DIAN
2024-05-09 / 10:48:07 AM
Fecha Acuse de Recibo
2024 • Firmado • 8:07

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo
91900131318221

202407829029 79

RECIBIDO

ANEXO N°4

CONCILIACION BANCARIA.
PERSONERIA DE MONTERIA
PERIODO MAYO DE 2024
CTA DE AHORRO No 001304700100005687

	DEBITOS	CREDITOS
SALDO INICAL 01 MAYO/2024	322.143.486,41	
INGRESOS		
Municipio de Monteria	213.059.556,00	
EGRESOS		
Pagos Efectuados		189.685.045,00
SALDO FINAL 31 DE MAYO 2024		345.517.997,41
SALDO CIERRE DE BANCOS	535.203.042,41	535.203.042,41



ANDRES CAMILO SANCHEZ N.
Contratista

ANEXO N° 5 ACTA DE REUNIÓN

PERSONERÍA DE MONTERÍA

Construyendo Ciudadanía
NIT. 800.253.846

ACTA DE REUNION No. 01

PERSONERÍA DE MONTERÍA

Código	Versión	Fecha	Página
FO-TV01	02	02/03/2016	1 de 1

Fecha: mayo 28 de 2024 — Hora de inicio: 3:00 P.M.
Lugar: Despacho del Personero — Hora terminación: 5:30 P.M.
Reunión: Corrección administrativa – Contratista – PU pagadora

ASISTENTES

MESA DE TRABAJO ADMINISTRATIVO	
Diana Estela Coneo	PU Pagadora
Andrés Camilo Sánchez Negrete	Contratista
Iván Fernando Rendón Mármol	Contratista
Luis Pereira Berrio	Contratista
INVITADOS COMITÉ INTEGRAL	

COORDINADOR: La Doctora DIANA ESTELA CONEO, Profesional Universitaria Pagadora ejerce como coordinadora de esta mesa de este comité

ORDEN DEL DÍA

Previa convocatoria realizada por la Coordinadora, se citó a los integrantes de la mesa trabajo del proceso administrativo de la Personería de Montería para el día 28 de mayo de 2024, con el siguiente orden del día:

1. Llamada a lista y verificación de asistentes.
2. Presentación de hallazgos encontrados en revisión de documentación.
3. Verificación de los hallazgos
4. Correcciones

ACTA DE REUNION No. 01

PERSONERÍA DE MONTERÍA

Código	Versión	Fecha	Página
FO-TV01	02	02/03/2016	2 de 2

TEMAS DESARROLLADOS

1. **VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM:** Se hace llamado de asistencia a cada uno de los contratistas requeridos para la ejecución de la mesa de trabajo, encontrándose presente cada uno de los profesionales llamados.

   Iván Fernando Rendón Mármol – Andrés Camilo Sánchez – Luis Pereira Berrio

2. **PRESENTACIÓN DE HALLAZGOS ENCONTRADOS EN REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN.** Se inicia la mesa de trabajo con la presentación de todos los miembros por parte de la Señora Diana Coneo, acto seguido el contratista Andrés Camilo Sánchez comunica a los partícipes de la mesa que después de haber revisado la documentación física de los contratos 01 AL 029 que la Personería de Montería ha contraído en el periodo correspondiente a los meses de enero y febrero de 2024 se encuentran con las siguientes medidas correctivas:

- Firmas en las solicitudes de Certificados de Disponibilidad Presupuestal.
- Firma en los Certificados de disponibilidad y registros presupuestales.
- Firma del personero en certificación de plan de adquisición.
- Firma del responsable de la oficina de Talento Humano.
- Firma del Personero en los estudios previos.
- Firma del Personero en carta de aceptación oferta-
- Firma Comunicación de aceptación del contrato por parte del personero.
- Firmas de las partes en la minuta contractual.
- Firmas en las Actas de Inicio.

3. **VERIFICACION DE LOS HALLAZGOS:** La coordinadora verifica lo antes mencionado por el contratista Andrés Camilo Sánchez y acto seguido da la palabra al contratista Ivan Rendón, el cual expone que la misma documentación se encuentra en SECOP II Y SIGEP II, debidamente diligenciados con las firmas digitales de los funcionarios y que esta documentación contractual se encuentran en medio físico solo para cumplir con futuros requerimientos por parte de los entes de control.
4. **CORRECCIONES:** La profesional Universitario pagadora sugiere llamar a los funcionarios para que firmen los documentos en físico y así poder tener toda la documentación en físico con el lleno de los requisitos previniendo futuras acciones o medidas correctivas por parte de algún ente de control.

COMPROMISOS

ACTA DE REUNION No. 01

PERSONERÍA DE MONTERÍA

Código	Versión	Fecha	Página
FO-TV01	02	02/03/2016	3 de 3

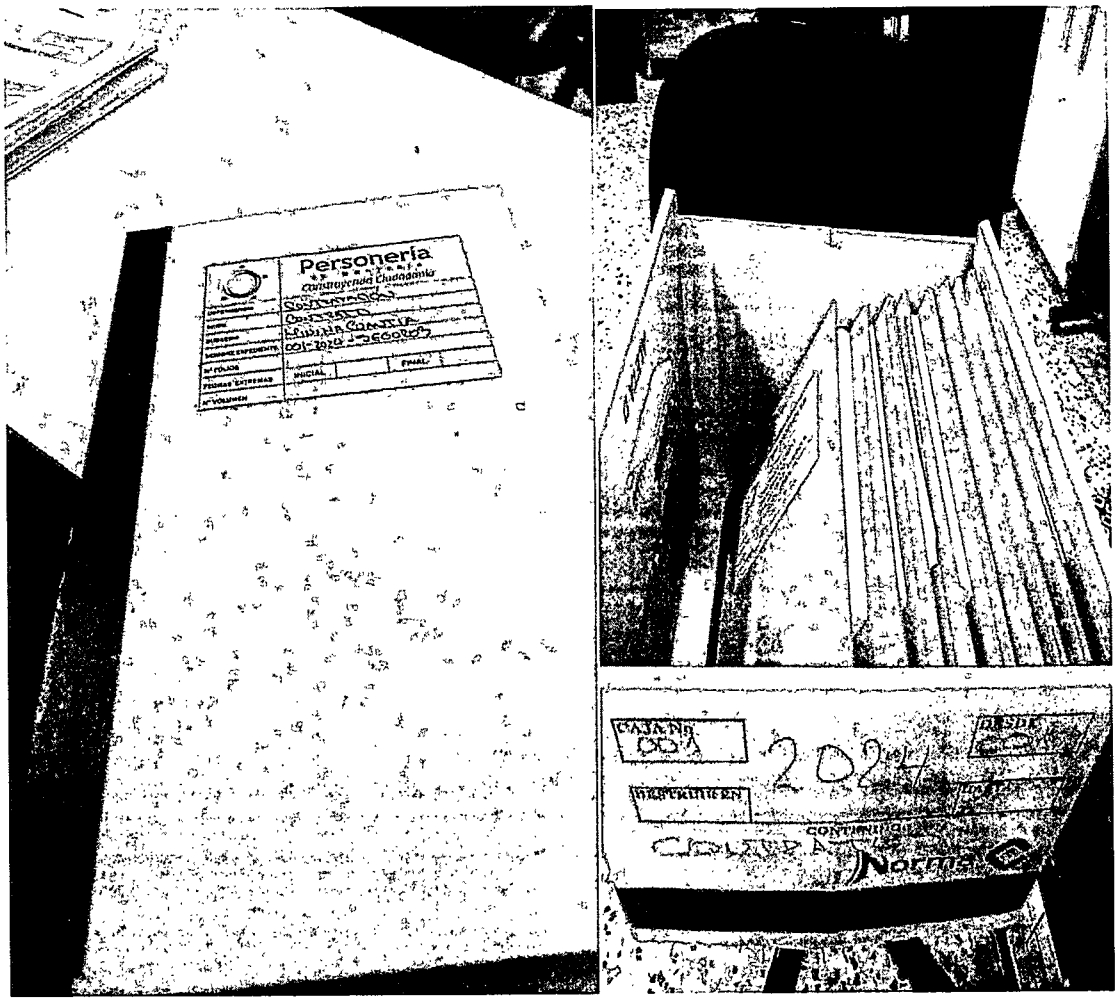
ASUNTO	RESPONSABLE	PLAZO
Recolección de firmas de funcionarios.	Iván Rendon	30 dias

5. ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA.

Dra.	**Dr.**
Profesional Universitario Pagador	

	Gestión Administrativa y Financiera	
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN	
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
GAF-F-07	**02**	**13/03/2024**

Anexo 6 REVISION DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL



	Gestión Administrativa y Financiera	
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN	
CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
GAF-F-07	**02**	**13/03/2024**

ANEXO 7 ASISTENCIA ASAMBLEA NACIONAL DE PERSONEROS

Personería de MONTERÍA

XII ASAMBLEA NACIONAL DE PERSONERÍAS - MONTERÍA 2024
CLUB CAMPESTRE DE MONTERÍA
23 Y 24 - MAYO - 2024
ASISTENCIA FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DE LA PERSONERÍA DE MONTERÍA

	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	E-MAIL	CELULAR	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Elaborado: Maily Burgos Acosta

Dirección: Calle 33B 6 - 03
Teléfono: 7824835
E-mail: Personeriamonteria@hotmail.com
www.personeriamonteria.gov.co

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN			
CÓDIGO	VERSIÓN		FECHA	
GAF-F-05	6		1/04/2024	
1. DATOS DEL INFORME				
INFORME No.	1	PERIODO A EVALUAR	08/05/2024 A 07/06/2024	
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL	FECHA DEL CONTRATO	
CONTRATO	X	040-2024	7/05/2024	
ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP INICIAL	24000080	No. RP INICIAL	24000075
	No. CDP ADICION		No. RP ADICION	

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
NOMBRE CONTRATISTA:	ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	78,034,355
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestacion de Servicios Profesionales de un Contador Público de Apoyo al Area de Pagaduría de la Personería Municipal de Montería
FECHA ACTA DE INICIO:	08/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	08/11/2024
DURACIÓN:	6 MESES
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO	N/A
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	8/11/2024
AVANCE EN TIEMPO:	16,66%
VALOR INICIAL	$ 25.200.000,00
VALOR REAJUSTE:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 25.200.000,00

3. CUMPLIMIENTO

El contratista viene cumpliendo con las obligaciones estipuladas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 040-2024 cuyo objeto es:Prestacion de Servicios Profesionales de un Contador Público de Apoyo al Area de Pagaduría de la Personería Municipal de Montería. En el periodo comprendido del 08 de Mayo al 07 DE Junio de 2024

OBLIGACIÓN	CUMPLE	OBSERVACIÓN
OBLIGACION 1, Evaluar la situacion contable de la entidad produciendo los informes necesarios para la toma de decisiones	SI	
OBLIGACION 2, analizar, interpretar y aplicar las normas legales, contables y fiscales con el fin de cabal cumplimiento y asi evitar incurrir en evasion o elusion mediante el uso de la fundamentacion cientifica contable y el uso de los procesos y practicas contables.	SI	
OBLIGACION 3, brindar apoyo y acompañamiento en la realizacion y actualizacion de los parametros contables de los rubros presupuestales con el fin de integrar la infoirmacion de presupuesto, contabilidad y tesoreria.		NO APLICA
OBLIGACIÓN 4, brindar apoyo y acompañamiento en la elaboracion de informes financieros y comntables que requiera la entidad o cualquier ente de control		NO APLICA
OBLIGACIÓN 5, Realizar las conciliaciones bancarias de las cuentas de la entidad y causacion de la nomina y gastos mensuales.	SI	

OBLIGACION 6,Asistir a reuniones, comités, cuando el personero o su delegado asi lo requiera y acatar las designaciones que sean necesarias para el normal funcionamiento de la entidad.	**SI**	
OBLIGACION 7,) Implementar los controles que se estimen convenientes con el fin de garantizar una correcta supervisión y custodia de los bienes y patrimonio de la entidad.	**SI**	
OBLIGACION 8, Prestar los servicios contratados de acuerdo con las normas propias de la profesión o actividad		**NO APLICA**
OBLIGACION 9, Las demás obligaciones que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y las demás que se le asigne La personería	**SI**	

CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL

PAGOS PARAFISCALES			**PAGO SEGURIDAD SOCIAL**		**IBC**	**$ 2.000.000**
	SI	**NO**	**ENTIDADES**		**NUMERO DE PLANILLA**	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	**SALUD**	SALUD TOTAL	4551721977	
SENA		X	**PENSIÓN**	COLFONDOS	**PERIODO**	**FECHA PAGO**
ICBF		X	**ARL**	POSITIVA	MAYO DE 2024	11/06/2024

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL

	SI	**NO**		
APORTE DE CERTIFICADO			**FECHA**	

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	**NÚMERO**	**FECHA DE MODIFICACIÓN**	**TIEMPO DE PRORROGA**	**VALOR DE LA ADICIÓN**	**JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL**

NOMBRE DEL CEDENTE		**IDENTIFICACIÓN**		**VALOR**	
NOMBRE DEL CESIONARIO		**IDENTIFICACIÓN**			

TERMINACIÓN ANTICIPADA	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**ACTA DE TERMINACIÓN**	**SI**		**FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA**
			NO		

5. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO:	LA PERSONERÍA pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, es decir, la suma de VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($25.200.000,00) de la siguiente forma: A) Seis pagos, mes vencido, por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4,200,000,00) cada uno.				
FORMA DE PAGO ADICION:	N/A				
VALOR DEL CONTRATO:	$ 25.200.000,00				
VALOR PAGADO:	$ 0				
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 4.200.000				
SALDO:	$ 25.200.000				
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($4,200,000)				
NUEVO SALDO:	21,000,000				
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	**% AVANCE FISICO**	16,66%	**% AVANCE FINANCIERO**	0,00%	
OBSERVACIÓN:					

6. RELACIÓN DE ANEXOS

7. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR					
		(Marcar con una x)			
ITEM		EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO					
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO					
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD					
CALIDAD DEL SERVICIO					
OBSERVACIONES:					
8. DATOS DEL SUPERVISOR					
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA ESTELLA CONEO CUADRADO				
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIA PAGADORA				
FIRMA:					
FECHA DE INFORME:	7/06/2024				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78034355
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 13 - 63 75	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4551721977**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998947119

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		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 320.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 320.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 250.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 250.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 48.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 48.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 618.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 618.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78034355
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 13 - 63 75	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4551721977	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998947119

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										$ 320.000	$ 0	$ 320.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Datos del cotizante y novedades:

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 78034355	SANCHEZ NEGRETE ANDRES CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	

Seguridad social — Pensión:

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000

Salud y ARP:

SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	78034355	$ 48.800

Parafiscales:

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

TOTAL $ 618.800

Planilla Pagada

Planilla Pagada

Valuo 10

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20240514030078034355O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 78034355	PRIMER APELLIDO SANCHEZ
	SEGUNDO APELLIDO NEGRETE
PRIMER NOMBRE ANDRES	SEGUNDO NOMBRE CAMILO
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1983 MES 02 DIA 03 — SEXO M F	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	AFP ACTUAL COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CES/
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 13 63 85	
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO MONTERIA
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3046227495	CORREO ELECTRÓNICO ANDRESCAMILOSANCHEZNEGRETE@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ○ COMERCIAL ● CIVIL ○ — PÚBLICO ○ PRIVADO ● — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ○ NO ●

* FECHA INICIO AÑO 2024 MES 05 DIA 08 — * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2024 MES 11 DIA 07	No. DE MESES 6
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES ● MARTES ● MIERCOLES ● JUEVES ● VIERNES ● SABADO ○ DOMINGO ○	DE 06:00 AM ● PM ○ HASTA 06:00 AM ○ PM ●
VALOR TOTAL $25200000 — VALOR MENSUAL $4200000	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1680000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, I	CÓDIGO 184120 ISO ARL
CARGO U OCUPACIÓN CONTADORES	TAXISTA SI ○ NO ●
DIRECCIÓN KR 5 23 26	
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO MONTERIA

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 800253846 DV 1	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERIA
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1841201 DE ARL	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL CLL 31 NUMERO 6-09 CENTRO	
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO MONTERIA
TELÉFONO 7824835 — FAX	CORREO ELECTRÓNICO DIANACONEO@GMAIL.COM
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 10776116	PRIMER APELLIDO DEGIOVANNI
	SEGUNDO APELLIDO BEHAINE
PRIMER NOMBRE LUIS	SEGUNDO NOMBRE GABRIEL

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-05-16 / 9:12:28

* ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1841201
CLASE DE RIESGO: 1
TARIFA: 0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 98 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

Rev. Noviembre/ 2019

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí** [X] **No** [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **Sí** [X] **No** [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de MONTERIA a los (16) días del mes de mayo del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-05-16 / 9:12:28

ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
Firma del Trabajador Independiente

Montería, junio de 2024

Señores
PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA

Asunto: Aplicación retención en la fuente.

Yo **ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE**, identificado con cédula de ciudadanía número 78.034.355 de Cereté, *declaro bajo la gravedad de juramento:*

1. *Que para efectos tributarios pertenezco a la categoría de Empleados de Acuerdo con los Dispuesto en el artículo 2 de Decreto 3032 de 2013 toda vez que cumplo todos los requisitos establecidos allí.*

SI __X____ NO_____

Señalar con cuál de los conjuntos de condiciones cumple para pertenecer a la categoría de empleados:

Conjunto 1: SI _____ NO __X____

- Sus ingresos brutos provienen, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) de una vinculación laboral o legal reglamentaria, independientemente de su denominación.

Conjunto 2: SI ___X___ NO _____

a. Sus Ingresos brutos provienen, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica, mediante una vinculación de cualquier naturaleza, independientemente de su denominación; y

b. No presta el respectivo servicio, o no realiza la actividad económica, por su cuenta y riesgo, de conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 3032 de 2013.

Conjunto 3: SI _____ NO ___X___

a. Sus ingresos brutos provienen, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica, mediante una vinculación de cualquier naturaleza, independientemente de su denominación; y

b. Presta el respectivo servicio, o realiza la actividad económica, por su cuenta y riesgo, de conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 3032 de 2013.

c. No presta servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, y

d. El desarrollo de ninguna de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario le genera más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos brutos; y

e. No deriva más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos del expendio, compraventa o distribución de bienes y mercancías, al por mayor o al por menor; ni de la producción extracción y ensamblaje de cualquier clase de materiales o bienes.

NOTA: Para establecer el monto del 80% a que se refieren los numerales precedentes, deben computarse y sumarse tanto los ingresos provenientes de la relación laboral o legal reglamentaria, los ingresos provenientes del ejercicio de profesiones liberales como también los provenientes de la prestación de servicios técnicos, en el evento en que se perciban por un mismo contribuyente.

2. Soy Declarante del Impuesto sobre la Renta por el año anterior. SI _____ NO ___X___

3. Que el ingreso percibido durante el año anterior es igual o superior a (1.400 UVT) $59.377.000 año 2023. SI _____ NO __ X___

4. Que en el año gravable anterior no desarrolló una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolló no le generó más del 20% de sus ingresos tributarios. SI _____ NO __X___

5. Que durante el año gravable inmediatamente anterior no prestó servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, cuyo costo represente más del (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios.

SI _____ NO __X____

6. Que los valores correspondientes a los aportes efectuados al sistema de seguridad social en salud y pensión, y los descuentos que aplique por ley son los que detallo a continuación:

a) Periodo de Cotización: 2023

1. Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Valor total del aporte a Salud	Valor a deducir por aporte a salud por este contrato
145.000	145.000

2. Aportes Obligatorios a Fondos de Pensión:

Valor total del aporte Obligatorio a pensión	Valor a deducir por aporte a pensión por este contrato
185.500	185.500

3. Intereses pagados por préstamos de vivienda y Leasing Habitacional
Monto máximo a deducir 100 UVT mensuales

Valor a deducir intereses por vivienda

4. Deducción de dependientes
Máximo 10% de los ingresos brutos y hasta 32 UVT mensuales

Valor a deducir por dependientes
471000

5. Deducción de aporte voluntarios y/o AFC
Máximo 30% del ingreso incluido los aportes obligatorios.

Valor a deducir

6. Deducción de aporte medicina prepagada y seguros de salud
Monto máximo a deducir 16 UVT mensuales

Valor a deducir

Adjunto a la presente los siguientes soportes

1. Copia de la planilla de aportes al sistema general de seguridad social (Pila) con la constancia de pago.
2. Certificación de dependientes SI ___X_____ NO_____

Cordialmente,



ANDRES CAMILO SANCHEZ NEGRETE
C.C. N° 78.034.355 de Cereté