INFORME DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO DE YOPAL

INFORME DE ACTIVIDADES No.	5	FECHA INFORME	1 DIA/MES/AÑO

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	110.70.40.0371.2024 DE 19 DE FEBRERO DEL 2024
VALOR DEL CONTRATO	OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE ($8.166.666)
CONTRATANTE	ALCALDÍA DE YOPAL
CONTRATISTA	LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFÁN
No. DE IDENTIFICACION	C.C.: 47.439.898
PLAZO DE EJECUCION	CUATRO (4) MESES Y 20 DÍAS.
SUPERVISOR	ROCIO MOJICA TOSCANO Profesional Universitario Cod. 219 Grado 4 (E) Según Decreto 033 DE 2023 SUPERVISORA DEL CONTRATO
FECHA DE INICIO	**21 DE FEBRERO DEL 2024**
FECHA DE TERMINACIÓN	**10 DE JULIO DEL 2024**
PERIODO DEL INFORME	**21 DE JUNIO DEL 2024 AL 10 DE JULIO DEL 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	ADELANTAR LA ATENCIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA OFICIAL JORGE ELIECER GAITÁN DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
1. Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos de las instituciones educativas oficiales, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto: Una (1) Institución Educativa con plataformas del MEN y bases de datos institucionales actualizadas durante el primer semestre del calendario escolar 2024.	**durante el periodo del 21 de junio de 2024 al 20 de julio del 2024.** 1. Colaboré con la actualización de la plataforma de SIMAT y plataforma académica de la IE. 2. Colaboré con la actualización de la plataforma de SIMPADE y SIRE de la institución Jorge Eliecer Gaitán.	Anexo Registros fotográficos y certificación del rector.
2. Recepcionar solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución de manera oportuna. Producto: Una (1) Institución Educativa con solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el primer semestre del calendario escolar 2024.	**durante el periodo del 21 de junio de 2024 al 20 de julio del 2024.** 1. Genere constancias de estudios de la IE.	Anexo Registros fotográficos y certificación del rector.
3. Generar registros y reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades. Producto: Una (1) Institución Educativa con reportes generados de acuerdo a los requerimientos durante el primer semestre del calendario escolar 2024.	**durante el periodo del 21 de junio de 2024 al 20 de julio del 2024.** 1. Realicé proceso de Archivo de carpetas del archivo de la IE.	Anexo Registros fotográficos y certificación del rector.
4. Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto: Comunidad educativa de MINUTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN CODIGO: AP5-F145 VERSIÓN: 5 Página 2 de 6 FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2023 una (1) Institución Educativa atendidas oportunamente durante el primer semestre del calendario escolar 2024.	**durante el periodo del 21 de junio de 2024 al 20 de julio del 2024.** 1. Realicé la atención pertinente a la comunidad de la IE.	Anexo Registros fotográficos y certificación del rector.

INFORME DE ACTIVIDADES

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	1744153106	JUNIO	$ 138.600
PENSION	1744153106	JUNIO	$ 108.300
ARL	1744153106	JUNIO	$ 4.500
ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD	1744131560	JUNIO	$ 54.200
PENSION	1744131560	JUNIO	$ 69.400
ARL	1744131560	JUNIO	$ 2.300
ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	1744131821	JULIO	$ 59.600
PENSION	1744131821	JULIO	$ 76.300
ARL	1744131821	JULIO	$ 2.500

DECLARACIÓN: 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.

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS	
Nombre Contratista: LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFÁN **Identificación:** C.C.: 47.439.898	**Firma:**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

[**ROCIO MOJICA TOSCANO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. [**52.340.946**], actuando en mi calidad de supervisor del Contrato descrito al inicio del presente documento, certifico que de acuerdo con las obligaciones pactadas en el contrato, el contratista ha cumplido con la ejecución de cada una de las actividades del contrato, tal y como se describe en el presente informe.

Así mismo certifico que el (la) contratista se encuentra al día con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con la normatividad que rige la materia, tal y como se acredita en los soportes de liquidación de planilla y pago que se anexan para realizar el pago del acta parcial, Pago del acta de liquidación del contrato, los cuales han sido verificados por el suscrito.

Por lo tanto, se solicita a la secretaria de Hacienda hacer el pago correspondiente al contratista.

Nota: Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar **FIRMA**	**FIRMA**
NOMBRE:	**NOMBRE: ROCIO MOJICA TOSCANO**
CARGO:	**CARGO: CARGO:** Profesional Universitario Cod. 219 Grado 4 (E) Según Decreto 033 DE 2023 SUPERVISORA DEL CONTRATO
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JORGE ELIÉCER GAITÁN DEL MUNICIPIO DE YOPAL CASANARE

HACE CONSTAR:

Que, ***OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM*** *identificada con cédula de ciudadanía No. 47.439.898, de Yopal (Casanare) prestó servicios en esta Institución Educativa como Auxiliar Administrativo, a partir del 21 de junio al 10 de julio del año 2024, con contrato No. 0371 de 2024,* ***CUYO OBJETO*** *es: Adelantar la atención, recepción, registro y actualización de la información contenida en las plataformas autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional e implementadas en la Institución Educativa Oficial Jorge Eliecer Gaitán del municipio de Yopal, realizando las siguientes actividades:*

ACTIVIDADES CONTRATO 0371 DE 2024

1. *Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por MEN y base de datos de la institución educativa oficial, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto: Una (1) Institución Educativa con plataformas del MEN y bases de datos de institucionales actualizados durante el primer semestre del calendario escolar 2024.*

2. *Recepcionar solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución relacionada con las actividades de la Institución de manera oportuna. Producto: Una (1) Institución Educativa con solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el primer semestre del calendario escolar 2024.*

3. *Generar registros y reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades. Producto: Una (1) Institución Educativa con reportes generados de acuerdo a los requerimientos durante el primer semestre del calendario escolar 2024.*

4. *Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto: Comunidad educativa de una (1) Institución Educativa atendidas oportunamente durante el primer semestre del calendario escolar 2024.*

La presente solicitud se expide a los 10 días del mes de julio del año 2024.

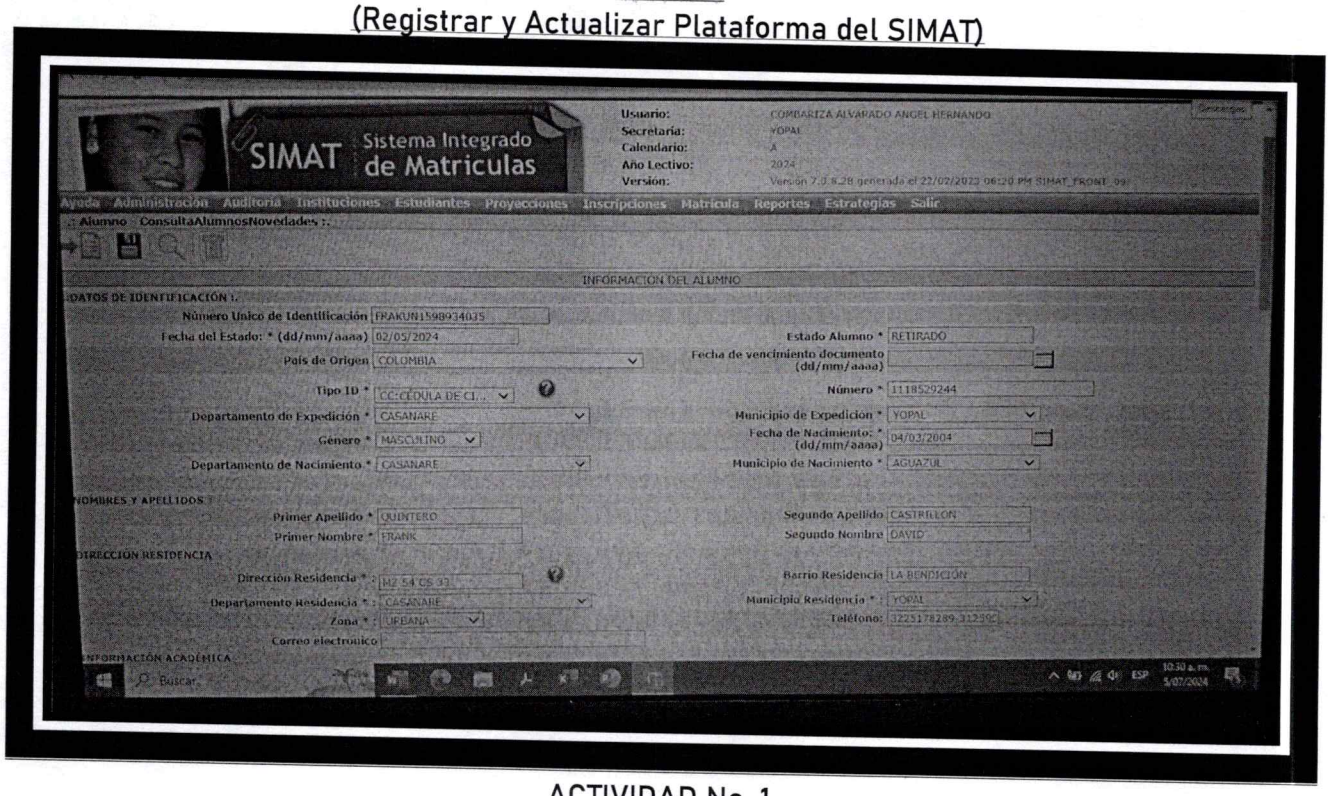
ANGEL HERNANDO COMBARIZA ALVARADO
Rector

Elaboró: Liliana Herrera
Cargo: Auxiliar Administrativo 407 grado 05

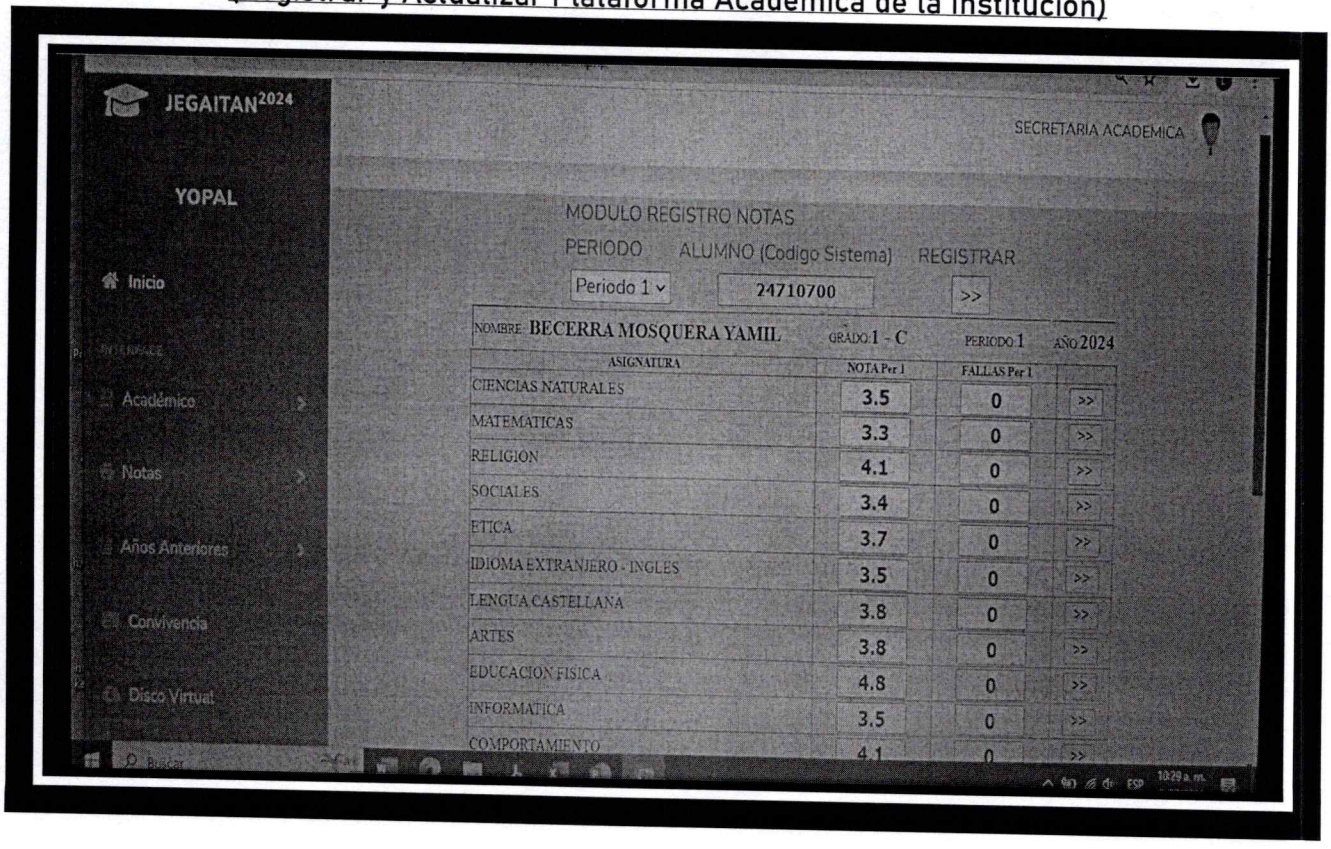
SOPORTES - ANEXOS INFORME DE ACTIVIDADES **1001.84. 0371 2024 DE 19 DE FEBRERO DEL 2024**
LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFAN
Del 21 de Junio al 10 de julio de 2024

MUNICIPIO DE YOPAL

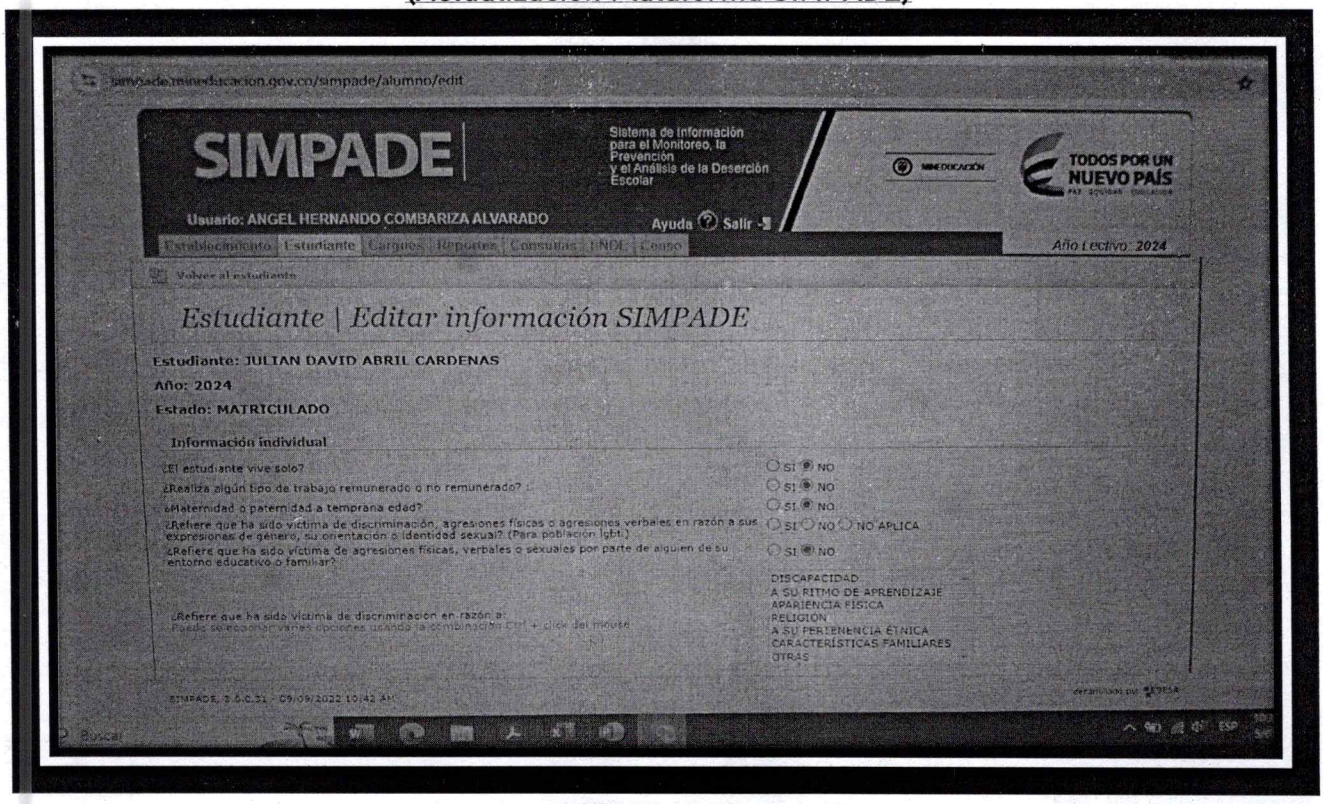
ACTIVIDAD No. 1
Anexo 1.
(Registrar y Actualizar Plataforma del SIMAT)



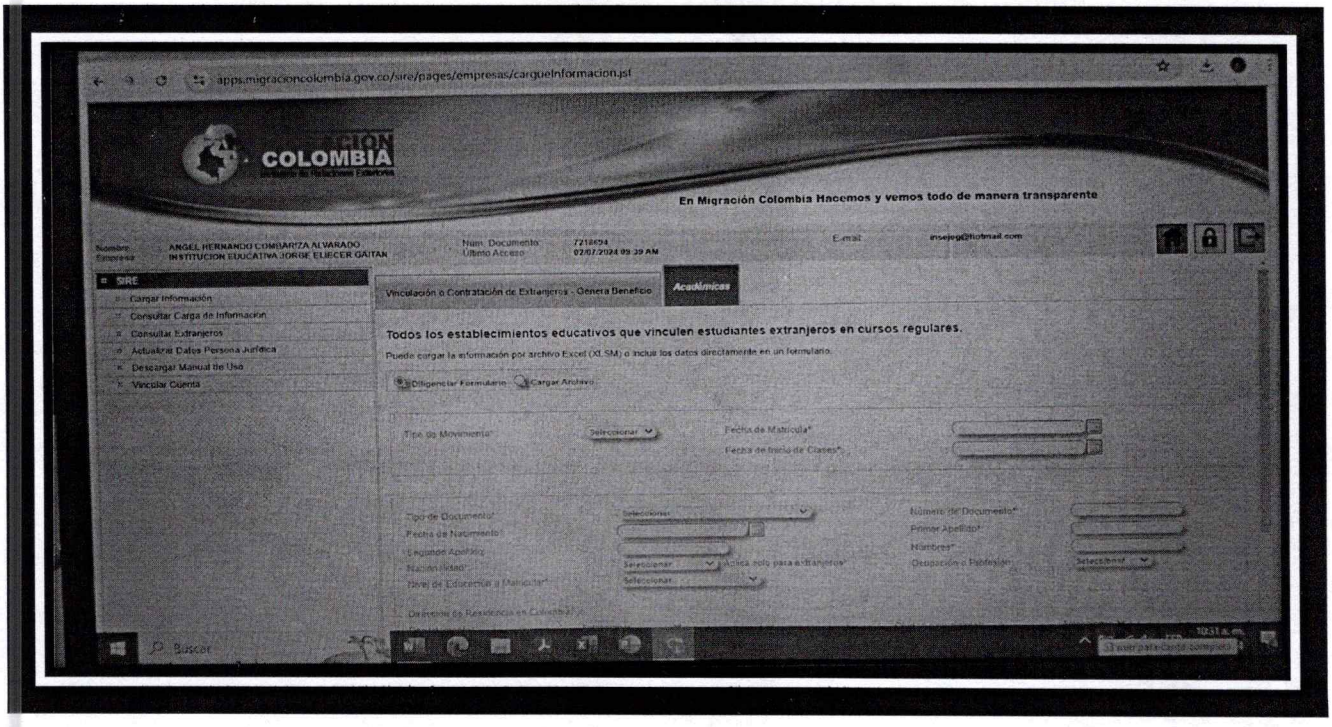
ACTIVIDAD No. 1
Anexo 2.
(Registrar y Actualizar Plataforma Académica de la Institución)



ACTIVIDAD No. 1
ANEXO N° 3
(Actualización Plataforma SIMPADE)



ACTIVIDAD No. 1
ANEXO N° 4
(Actualización Plataforma SIRE)



Actividad No. 2
ANEXO N° 05
(Genere constancias de estudios)

Yopal - Casanare
Institución Educativa JORGE ELIÉCER GAITAN

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JORGE ELIECER GAITAN

C E R T I F I C A :

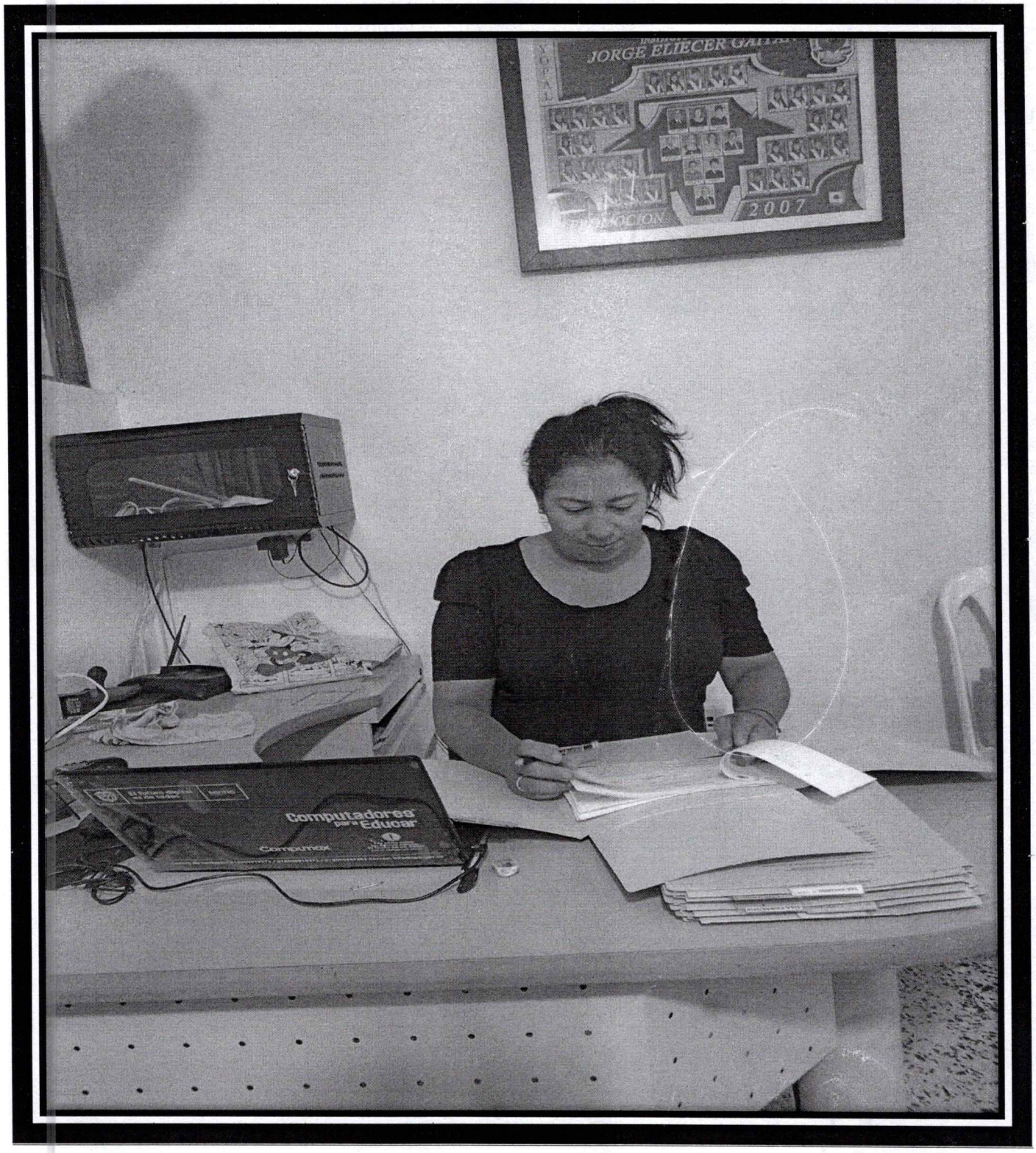
Que **ASHLI GISELLE NIÑO NIÑO**, identificada con TI. 1222119178 expedida en YOPAL - Casanare, se encuentra **MATRICULADA** en este Plantel Educativo, en el grado: CUARTO de Educación Básica Primaria. Año lectivo: 2024. Jornada unica. Intensidad Horaria: 30 horas semanales. A la fecha asiste normalmente a clase.

Se expide a solicitud del Interesado.

Dada en la Rectoría de la Institución, a los cinco (05) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024)

Ing. ANGEL HERNANDO COMBARIZA ALVARADO
Rector

Actividad No. 3
ANEXO N° 06
(Proceso de archivo de carpetas de la institución)



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	47439898
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 NO. 32 04	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1744153106	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999267064
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	1744131560	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/07/05

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 138.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 138.600	$ 0	$ 138.600
SUBTOTALES:										**$ 138.600**	**$ 0**	**$ 138.600**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 108.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.300	$ 0	$ 0	$ 108.300
SUBTOTALES:													**$ 108.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 108.300**

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	$ 4.500	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 4.500
SUBTOTALES:									**$ 4.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN							SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACION	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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 47439898	OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	21						A										230301-PORVENIR	10	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 433.334	$ 54.200	$ 0	$ 54.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10	$ 433.334	47439898	$ 2.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 47439898	OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	01						C										230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	47439898	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 47439898	OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	01						R										230301-PORVENIR	20	$ 866.666	$ 138.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 138.600	EPS005-SANITAS S.A.	20	$ 866.666	$ 108.300	$ 0	$ 108.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20	$ 866.666	47439898	$ 4.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 251.400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	47439898
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL
DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 NO. 32 04
TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1744131560
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/05
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999242829

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 69.400	$ 0	$ 69.400
SUBTOTALES:										**$ 69.400**	**$ 0**	**$ 69.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 54.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 54.200	$ 0	$ 0	$ 54.200
SUBTOTALES:													**$ 54.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 54.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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	$ 2.300	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 2.300
SUBTOTALES:									**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / 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 47439898	OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	21																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	10	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 433.334	$ 54.200	$ 0	$ 54.200

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10	$ 433.334	47439898	$ 2.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 125.900

Planilla Pagada

2024/07/05 2:42 PM USUARIO: SOI CC47439898

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	47439898
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LILLIEM KATHERYM OROZCO FARFAN		
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 NO. 32 04	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1744131821	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999243046
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/05		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 76.300	$ 0	$ 76.300
SUBTOTALES:										$ 76.300	$ 0	$ 76.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 59.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.600	$ 0	$ 0	$ 59.600
SUBTOTALES:													$ 59.600	$ 0	$ 0	$ 59.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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	$ 2.500	$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500
SUBTOTALES:									$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500

DATOS DEL COTIZANTE / 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 47439898	OROZCO FARFAN LILLIEM KATHERYM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO		11															

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	11	$ 476.667	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.300

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	11	$ 476.667	$ 59.600	$ 0	$ 59.600

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	11	$ 476.667	47439898	$ 2.500

PARAFISCALES DÍAS 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	$ 138.400

Planilla Pagada