DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 000 143-9

RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
	VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	22/07/2024	Periodo de Pago:	Del	20/06/2024	Al	19/07/2024	
Contrato No. y Fecha:	0942 – 20/03/2024						
Contratista:	GLORIA FAYDI HERNÁNDEZ ALMANZA				c.c. o Nit.	40.186.511	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	4	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	X	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)				

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Tres millones setecientos diez mil pesos m/cte. ($3.710. 000)**

Cordialmente,

Nombre:	MARÍA LISBETH LÓPEZ PARRA	Nombre:	ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO
Cargo:	Asesora de Servicio al Ciudadano	Cargo:	Secretaria Administrativa
	Supervisor		Ordenador del Gasto

SIA 26 JUL 2024

ARCHIVO GCSJ

L. HALLYS TORRES

26 JUL 2024

26 JUL 2024

SECOP - 4414 - 240 - 24.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	**CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS**	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL EN LA GOBERNACIÓN DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500118**

Observaciones: POAI 2024.

En la fecha 22 de febrero de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA ADMINISTRATIVA*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***Hagamos Grande al Meta 2020-2023***":

DIMENSIÓN 4. HAGAMOS GRANDE AL META MÁS SEGURO Y CON GOBERNANZA.	SECTOR 45: GOBIERNO TERRITORIAL.	4599 Programa 4. Hagamos Grande al Meta a partir del fortalecimiento a la gestión y dimensión pública territorial.	Componente Constitutivo: Hagamos Grande al Meta con Gestión de Procesos Administrativos y Organizacionales.	Meta 5. Fortalecer el sistema de servicio al ciudadano con herramientas tecnológicas avanzadas..

1.Actividad o componente a ejecutar: *Fortalecer las competencias de servicio al ciudadano.*
Objeto del gasto: *Fortalecer la capacidad de servicio al ciudadano, realizando seguimiento a las comunicaciones oficiales y soporte de la ventanilla única en las diferentes dependencias de la Gobernación del Meta.* **Valor total $14,840,000.00.**

Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinación

Obras o actividades adicionales: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 22 de febrero de 2024

JEIMMY LISSED MOLANO MORENO
Gerencia de Inversión Pública y Banco de Proyectos
GOBERNACIÓN DEL META

Elaboró: Yolima Reyes

22/02/2024

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	0942 del 20/03/2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	GLORIA FAYDI HERNÁNDEZ ALMANZA	**Nit./c.c.**	40.186.511
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	MARÍA LISBETH LÓPEZ PARRA	c.c.	1.121.835.665
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Fortalecer la Capacidad de Servicio al Ciudadano, realizando seguimiento a las Comunicaciones Oficiales y Soporte de la Ventanilla Única en las diferentes dependencias de la Gobernación del Meta.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Catorce millones Ochocientos Cuarenta mil pesos m/cte. ($14.840.000).**		
Término Inicial de Ejecución:	CUATRO (04) MESES		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	20/03/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	19/07/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El Departamento pagara al contratista el valor de ejecución del contrato así: **Cuatro (4) mensualidades vencidas, cada una por un valor de Tres millones setecientos diez mil pesos m/cte. ($ 3.710.000),** previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a Paz y Salvo el contratista con los aportes al sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	2442 del 20/03/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4599.1000.002.2.3.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	**Catorce millones Ochocientos Cuarenta mil pesos m/cte. ($14.840.000).**				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir todas las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir todas las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP II los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar seguimiento, control y reportes de las comunicaciones oficiales allegadas a través de la herramienta tecnológica DOZZIER.
2. Fortalecer la capacidad de servicio ciudadano, realizando acciones de revisión del procedimiento y soporte de la Ventanilla Única de la Gobernación del Meta.

3. Realizar soporte y seguimiento a las actuaciones de la plataforma Dozzier para determinar el impacto de la Ventanilla Única Departamental a cargo de la Gerencia de Servicio al Ciudadano y Gestión Documental.
4. Proponer acciones para mitigar los riesgos asociados a la recepción y distribución de las comunicaciones oficiales allegadas por los diferentes canales oficiales de atención de la entidad.
5. Elaborar informes de los reportes generados por la herramienta tecnológica Dozzier requeridos por las diferentes dependencias de la entidad.
6. Revisar el funcionamiento de la plataforma Dozzier con el fin de mejorar y optimizar el uso de la herramienta tecnológica.
7. Concertar con el supervisor el cronograma mensual de las capacitaciones para el fortalecimiento de servicio al ciudadano.
8. Presentar los informes mensuales de las acciones realizadas para el fortalecimiento de servicios al ciudadano de la Gobernación del Meta de acuerdo a los lineamientos del supervisor.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	20/06/2024	Al	19/07/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	4

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Tres millones setecientos diez mil pesos m/cte.**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
2442	0301-2.3.45.4599.1000.002.2.3.2.02.02.008-20	83111	$3.710.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.710.000**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)			
En el municipio de Villavicencio / Meta.			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
Villavicencio	30	$123.666,66	$3.710.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.710.000**
Nota: Incluir filas si se requiere.			

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Primer Pago	$3.710.000	20/03/2024	19/04/2024	25%
Segundo Pago	$3.710.000	20/04/2024	19/05/2024	25%
Tercer Pago	$3.710.000	20/05/2024	19/06/2024	25%
Pago Autorizado en el Presente y ultimo Informe	$3.710.000	20/06/2024	19/07/2024	25%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	-	-	0%
Valor Total del Contrato Inicial	**$14.840.000**	**20/03/2024**	**19/07/2024**	**100%**
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$14.840.000**

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista

El contratista:

Concepto	**Si**	**No**	**Detalle**
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?		X	Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		X	Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		X	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?		X	Si su respuesta es Sí, adjuntar el pago del fondo de

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 149-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

			solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		X	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		X	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		X	
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13.5?		X	
9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		X	
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		X	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	**Datos**
Periodo Cotizado	Junio 2024	Julio 2024
Número de Planilla	**4557196726**	**4561574409**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.484.000	$939.867
Valor pagado a PENSIÓN	$237.500	$150.400
Valor pagado a SALUD	$185.500	$117.500
Valor pagado a ARL	$7.800	$5.000
Valor pagado a FSP	**N/A**	**N/A**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A		

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	NA
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los Veintidós (22) días del mes de JULIO de 2024.

Cordialmente,

MARIA LISBETH LÓPEZ PARRA
Asesora de Servicio al Ciudadano.I
Supervisor

Villavicencio, 22 de Julio del 2024.

CUENTA DE COBRO N°. 04 Y FINAL

LA GOBERNACION DEL META
NIT: 892.000.148-8

DEBE A:
GLORIA FAYDI HERNÁNDEZ ALMANZA
C.C. 40.186.511 de Villavicencio-Meta.

La suma de: **Tres millones setecientos diez mil pesos m/cte. ($ 3.710.000)**

Por concepto de Prestación de Servicios profesionales en desarrollo del **Contrato No. 0942 de 2024** cuyo objeto es "**Fortalecer la Capacidad de Servicio al Ciudadano, realizando seguimiento a las Comunicaciones Oficiales y Soporte de la Ventanilla Única en las diferentes dependencias de la Gobernación del Meta.**" en la dependencia de Servicio al Ciudadano de la Gerencia de Servicio al Ciudadano y Gestión Documental del Departamento del Meta; durante el período comprendido del 20 de Junio al 19 de Julio de 2024 correspondiente al Cuarto (4) pago final.

Lugar de Ejecución:			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
Villavicencio	30	$123.666,66	$3.710.000
		Valor Total Autorizado a Pagar	**$3.710.000**

Para lo anterior autorizo consignar a mi cuenta de ahorros No. 0550488443590499 de Banco Davivienda.

GLORIA FAYDI HERNÁNDEZ ALMANZA
Contratista Profesional

C.C. 40.186.511 de Villavicencio
Correo:gloriafaydi@gmail.com
Cel. 319 4095392

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40186511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLORIA FAYDI HERNANDEZ ALMANZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CARRERA 37 #46-36 BARRIO LA	TELÉFONO:	6644465
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4557196726**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		18			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999412776

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		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 240.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 240.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 188.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 188.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 430.800**
VALOR MORA:	**$ 6.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 436.900**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40186511
N SOCIAL:			GLORIA FAYDI HERNANDEZ ALMANZA
IO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
	CARRERA 37 #45-38 BARRIO LA ESMERALDA	TELÉFONO:	6644485
:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4557186726	TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		18			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN		9999412775

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 237.500	$ 3.300	$ 240.800
									$ 237.500	$ 3.300	$ 240.800

TOTAL APORTES A SALUD

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	APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.500	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 185.500	$ 2.800	$ 0	$ 188.100
												$ 185.500	$ 2.800	$ 0	$ 188.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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	APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.800	$ 7.800	$ 200	$ 0	$ 8.000
								$ 7.800	$ 200	$ 0	$ 8.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN: ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
HANDEZ ANZA RIA DI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.484.000		NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.484.000	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.484.000	$ 185.500	$ 0	$ 185.500	014-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.484.000	$ 40186511	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 436.900**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40186511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLORIA FAYDI HERNANDEZ ALMANZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CARRERA 37 #46-36 BARRIO LA	TELÉFONO:	6644465
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4561574409**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2024/08/05	0	$ 0	$ 272.900
2024/08/06	1	$ 400	$ 273.300
2024/08/08	3	$ 800	$ 273.700
2024/08/09	4	$ 1.000	$ 273.900
2024/08/12	7	$ 1.600	$ 274.500
2024/08/13	8	$ 1.900	$ 274.800

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 150.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 150.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 117.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 117.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.000**

TOTAL POR PAGAR: $ 272.900

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40186511
N SOCIAL:			GLORIA FAYDI HERNANDEZ ALMANZA
IO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
	CARRERA 37 #45-36 BARRIO LA ESMERALDA	TELÉFONO:	6844465
:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4561574409	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES julio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999412802

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 150.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.400	$ 0	$ 150.400
									$ 150.400	$ 0	$ 150.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 117.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 117.600	$ 0	$ 0	$ 117.600
												$ 117.600	$ 0	$ 0	$ 117.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0		$ 5.000	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 5.000
									$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 5.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																							PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
MBRES	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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
NANDEZ ANZA DI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.484.000			NO	18																25-14 COLPENSIONES	19	$ 939.867	$ 150.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 150.400	EPS005-SANITAS S.A.	19	$ 939.867	$ 117.600	$ 0	$ 117.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19	$ 939.867	40186511	$ 5.000												

TOTAL $ 272.900