DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	Agosto 6 de 2024	Periodo de Pago:	Del	20/06/2024	Al	19/07/2024	
Contrato No. y Fecha:	1114 del 16 de mayo de 2024						
Contratista:	Alcides Antonio Jáuregui Bautista				c.c. o Nit.	17.066.720	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	02	

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)	N/A	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)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Tres Millones de Pesos m/cte ($3.000.000)**

Cordialmente,

Nombre:	CESAR ANDRÉS GAURÍN GONZÁLEZ	Nombre:	LEIDY SANCHEZ LOAIZA
Cargo:	Profesional Universitario Supervisor	Cargo:	SECRETARIA DE COMUNICACIONES Ordenador del Gasto

16 AGO 2024

Secop. 4952-20-08-24.

24 AGO 2024

13 AGO 2024

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:

ELABORACIÓN DE ACCIONES PARA DIVULGAR Y PROMOCIONAR LA GESTIÓN DEL GOBIERNO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500277**

Observaciones: POAI-2024- AJUSTADO MEDIANTE DECRETO 462 DE 2023.

En la fecha 09 de abril de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE COMUNICACIONES*** 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 23: COMUNICACIONES.	2302 Programa 2. Fomentar el desarrollo de aplicaciones, software y contenidos para impulsar la apropiación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en el Departamento del Meta .	Componente Constitutivo: Comunicaciones Al Servicio de la Gente.	Meta 2. Crear y ejecutar el plan estratégico de comunicaciones para posicionar la imagen del Gobierno departamental, mantener informada a la comunidad y generar confianza en la entidad. .

1.Actividad o componente a ejecutar: *Actividad 4: Promover la divulgación de las acciones en medios de comunicación locales y nacionales.*

Objeto del gasto: *Promoción y difusión de la gestión del Gobierno Departamental del Meta, así como las acciones para sensibilizar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades y acceso al sistema de salud. a través de un medio de comunicación radial.* Valor: $12,000,000.00.Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 09 de abril de 2024

JEIMMY LISSET MORANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro. LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	1114 del 16 de mayo de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	ALCIDES ANTONIO JAUREGUI BAUTISTA	**NIT/C.C.**	17.066.720
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	CESAR ANDRES GUARIN GONZÁLEZ	**C.C.**	86.088.752
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Promoción y difusión de la gestión del Gobierno Departamental del Meta, así como las acciones para sensibilizar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades y acceso al sistema de salud, a través de un medio de comunicación radial.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Doce Millones de Pesos M/cte ($12.000.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Cuatro (4) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	20/05/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	19/09/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación **Adición** (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	***Tiempo de Modificación*** (Cuando Aplique)
N/A	$0	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación			
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (Inicial +/- modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	$0		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
La Gobernación del Departamento del Meta pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Cuatro (4) mensualidades vencidas de igual valor, para cada mes la emisión de 30 cuñas y 15 informes radiales. Para cada pago se requiere previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de que se encuentra a paz y salvo con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	4802 del 16 de mayo de 2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	N/A

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Rubro presupuestal:	0301 - 2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008- 20
Valor: (Letras y Números)	**Doce Millones de Pesos M/cte ($12.000.000)**

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

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. 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.
4. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo)
5. 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.
6. 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.
7. 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
8. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o liquidación si se requiere.
10. 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.
11. 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.
12. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma.
13. Publicar en página Secop II, todos los documentos y actuaciones que hagan parte de la ejecución de los pagos mensuales y/o acta finalización correspondiente

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar la emisión de 20 cuñas y 15 informes para cada mes, durante cuatro meses.
2. Coordinar con el supervisor la entrega del material que será difundido, cuyas piezas radiales deben ser producidas por la secretaría de Comunicaciones.
3. Presentar informe tanto en físico como en medio magnético (CD) de las actividades donde se relacionen todos los programas en los cuales se difunden las piezas radiales, enunciando la fecha, horario de cada programa, así como los minutos y segundos en que se transmitieron cada uno de los mensajes, adjuntando también la certificación expedida por el representante legal de la emisora o el gerente o director ejecutivo de la región, donde conste que se cumplió con el objeto del contrato en el programa y espacio radial.

Modificaciones y/o Adiciones:

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Periodo de Pago:	Del	20/06/2024	Al	19/07/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final	No. de Pago	02

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Tres Millones de Pesos m/cte.($3.000.000)**

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**
4802	0301 -2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.00820	83633	$3.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.000.000**

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

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
Villavicencio	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$3.000.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$3.000.000**
Nota: Incluir filas adicionales si se requiere. Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago. Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.	

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	$ -
Porcentaje:	0%	**Observaciones:**	N/A

Amortización del Anticipo

Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	$3.000.000	20/05/2024	19/06/2024	25%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$3.000.000	20/06/2024	19/07/2024	25%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$6.000.000	20/07/2024	19/09/2024	50%
Valor Total del Contrato Inicial	**$12.000.000**	**20/05/2024**	**19/09/2024**	**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**	
*Cuarto Pago	$0	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	$0	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	$0	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	**$0**			**0%**
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	**Doce Millones de Pesos M/cte $12.000.000**

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	Datos
Periodo Cotizado	Junio	Julio
Número de Planilla	4555698929	4558010294
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.300.000	$1.300.000
Valor pagado a SALUD	$ 162.500	$ 162.500
Valor pagado a PENSIÓN	$0	$0
Valor pagado a ARL	$6.800	$6.800
Valor pagado a FSP	$0	$0
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	N/A
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 seis (06) días del mes de agosto de 2024

Cordialmente,

Andrés G
CESAR ANDRÉS GUARÍN GONZÁLEZ
Profesional Universitario
Supervisor

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
1c723f17ce1a6dbd1bc53ade0b2f8fb2255120db3831e6ca170bc19b739e5cd9a0da01c4c7d5fb032aef8d37196bd408

Número de Factura: A-186
Fecha de Emisión: 06/08/2024
Fecha de Vencimiento: 05/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JAUREGUI BAUTISTA ALCIDES ANTONIO
Nombre Comercial: JAUREGUI BAUTISTA ALCIDES ANTONIO
Nit del Emisor: 17066720
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 7310

Pais: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CR 19 B 18 12 CA 8 BRR CANTARRANA UNO
Teléfono / Móvil: 3142986831
Correo: notillano@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: GOBERNACIÓN DEL META / DEPARTAMENTO DEL META
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Pais: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CRA 33 38 45
Teléfono / Móvil: 386818500
Correo: face@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	1001	PUBLICIDAD RADIAL	NIU	1,00	$ 3.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.000.000,00

Notas Finales

Emisión de 30 cuñas y 15 informes radiales alusivas al objeto:Promoción y difusión de la gestión del Gobierno Departamental del Meta, así como las acciones para sensibilizar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades y acceso al sistema de salud, a través de un medio de comunicación radial.periodo de emisión del 20/06/2024 al 19/07/2024 Según contrato No.1114-2024.
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-06 11:27:48
Documento generado el: 2024-08-06 11:27:47
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			3.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			3.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total Impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			3.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	3.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764066716411 Rango desde: 170 Rango hasta: 200 Vigencia: 2024-09-04

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

1

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	17066720
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ALCIDES ANTONIO JAUREGUI BAUTISTA
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CRA 31 38 - 07	TELÉFONO	7777777
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA		4558698829	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)		2024/06/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN		9999126644

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
EPS008	EPS008 COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

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	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 17066720	JAUREGUI BAUTISTA ALCIDES ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 1.300.000			NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	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
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	17066720	$ 6.800

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	$ 169.300

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	17006720
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ALCIDES ANTONIO JAUREGUI BAUTISTA
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CRA 31 38 - 07	TELÉFONO	7777777
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NÚMERO PLANILLA		4558010294	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)		2024/07/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN			9999402214

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
EPS008	EPS008 COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.500	$ 0	$ 0	$ 182.500
SUBTOTALES:													$ 182.500	$ 0	$ 0	$ 182.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP 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	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 17006720	JAUREGUI BAUTISTA ALCIDES ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENSIÓN ACT	$ 1.300.000				NO																	

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			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 182.500	$ 0	$ 182.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	17006720	$ 6.800

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	$ 169.300

Colpensiones

RADICADO 0

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ALCIDES ANTONIO JAUREGUI BAUTISTA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 17066720** y número de Afiliación **917066720100**, esta Administradora mediante resolución No. **2355** de **1999** le concedió pensión de **VEJEZ LEY 100 ARTICULO 33 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Julio de 1999.**

Que para la NOMINA de **Junio de 2024** en la Entidad **51-DAVIVIENDA - 964-VILLAVICENCIO CR 32 39 23 META Y CASANARE** No. de Cuenta **1801841012**, al pensionado(a) **JAUREGUI BAUTISTA** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 5,464,553.00	SALUD COMPENSAR EPS	$ 655,800.00
MESADA ADICIONAL JUNIO	$ 5,464,553.00	DESCUENTOS PRESTAMO POPULAR PRESTAMO	$ 1,672,130.00
TOTAL DEVENGADOS	**$ 10,929,106.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 2,327,930.00**
		NETO GIRADO	**$ 8,601,176.00**

Estado: **ACTIVO.**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 18 de julio de 2024.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de recibir el pago de la mesada pensional por ventanilla, el número de cuenta en este certificado se mostrará como cero (0).

Su futuro lo construimos entre los dos

Powered by CamScanner