| CORCUMVI NIT 822001245-4 | VERIFICACIÓN DOCUMENTAL RADICACIÓN CUENTAS DE COBRO (TESORERÍA) | Código: FR - 049 |
|---|---|---|
| | | Versión: 006 |
| | | Fecha: 28 de Abril de 2022. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES DEL CONTRATISTA:** | **MÓNICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA** | | |
| **N° DE PROCESO SECOP II:** | **CD-088-2024** | | |
| **CONTRATO N°:** | **088-2024** | **PERIODO DE PAGO N°:** | **3** |

***DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR EN LAS CUENTAS DE COBRO, EN ESTE ORDEN Y SON SOPORTE DEL EGRESO (PAGO)***

| DOCUMENTOS | PRIMER PAGO/ ÚNICO | DEL SEGUNDO AL PENÚLTIMO PAGO | ULTIMO PAGO LIQUIDACIÓN | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA DE COBRO O FACTURA (Autorizando Consignar en Cuenta Bancaria) | | | | | |
| COPIA DEL RUT | X | | | | |
| COPIA ALTA DE ALMACÉN (Suministro) | | | | | |
| CERTIFICADO BANCARIO (De la Cuenta Donde Solicita se Consigne) | X | | | | |
| COPIA ACTA DE INICIO (Debidamente Firmada) | X | | | | |
| COPIA INFORME DE SUPERVISIÓN (Debidamente Firmado) | X | | | | |
| PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL (Planilla Asistida), ADJUNTANDO COPIA DE RECIBO DE PAGO (Por el 40% del Valor del Contrato si es Persona Natural) | X | | | | |
| CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL DONDE INDIQUE QUE SE ENCUENTRA AL DÍA (CPS) | X | | | | |
| CONSTANCIA DE ESTAR CUMPLIENDO CON LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL SI APLICA (Persona Juridica) | | | | | |
| PAZ Y SALVO PARAFISCALES - ICBF, SENA Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR (Contratos de Obra) | | | | | |
| COPIA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN (Debidamente firmada ) | | | | | |
| COPIA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA (Debidamente Firmada) | | | | | |
| CERTIFICACIÓN DE DECLARANTE O NO DECLARANTE DE RENTA (Aplica para Persona Natural) | x | | | | |
| COPIA PAZ Y SALVO ALMACÉN (Debidamente Firmada) | | | | | |

****PARA ÚNICO PAGO SE DEBEN ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS***

***HISTORICO DEVOLUCIONESY REINTEGRO***

| *Observaciones* | *Fecha Devolucion* | *Recibe* | *Fecha de Reingreso* | *Recibe* |
|---|---|---|---|---|
| Revisar | | 27/09/24 | | Dnoth |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Recibido y revisado Recepción**

Nombre: Harold Ortiz V

N° Radicado: 07432024

Fecha: 01-10-24

**Verificado Tesorería**

Nombre:

Scanned with CamScanner

**MONICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA**
NIT 52.224.208-
CR 47 48 21 LA CAMPIÑA
Tel: 3143894147
Villavicencio - Colombia
llanoalmundo@gmail.com

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
**No. FEVM 242**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI | | |
| **NIT** | 822.001.245-4 | **Teléfono** | (608) 3203424449 - Ext. 000 |
| **Dirección** | CR 45A 8 16 ET 3 | **Ciudad** | Villavicencio - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 23/09/2024, 14:37 |
| **Expedición** | 23/09/2024, 14:37 |
| **Vencimiento** | 23/09/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CONTRATO-088-2024 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, PROMOCIÓN Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNICATIVAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE CULTURA CIUDADANA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE ILLAVICENCIO CORCUMVI PERIODO 3: DEL 14 DE AGOSTO AL 13 de SEPTIEMBRE DE 2024 | 1.00 | 2,500,000.00 | 0 % | 2,500,000.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 2,500,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 2,500,000.00 |

**Valor en Letras:**
Dos millones quinientos mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 2,500,000.00

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764075753661 aprobado en 20240725 prefijo FEVM desde el número 231 al 1000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 6311 Procesamiento de datos, alojamiento (hosting) y actividades relacionadas Tarifa
**CUFE:** e49ffd78ca4d84a9ca9865f5c9b38b636dde301f4a17c34e8980762dbdfcfe704764ae7650225e5c99109551ea10adce

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141077152829

(415)7707212489984(8020) 000014107715282 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 2 2 2 4 2 0 8 | 6 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio | 2 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 2 2 4 2 0 8 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTAÑEDA | ARANDA | MONICA | LILIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| LLANO AL MUNDO.COM | LLANOALMUNDO.COM |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 26 A 34 26 BRR NUEVO MAIZARO

42. Correo electrónico: llanoalmundo@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 5 0 0 0 1 | 3 1 4 3 8 9 4 1 4 7 | 3 5 0 6 0 4 8 8 8 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 5 8 1 3 | 2 0 1 4 1 1 2 0 | 6 3 1 1 | 2 0 0 8 0 7 3 0 | 6 3 9 1 | 5 8 1 9 | 3 1 2 1 | 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 07 - 28 / 02 : 03: 46

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 23-09-2024 02:53:29PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 21 de agosto de 2024

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MONICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA** identificado(a) con CC. **52224208** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorro | 395-000359-63 | 2019/04/12 | Activa |

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón

Scanned with CamScanner

Villavicencio, 18 de septiembre del 2024

# INFORME DE SUPERVISIÓN
# CONTRATO Nº. 088 DEL CINCO(5) DE JUNIO DEL 2024
# PERIODO N°.3
# DEL 14 DE AGOSTO AL 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

## 1. DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN:

Mediante acta de nombramiento de fecha CATORCE (14) de JUNIO del 2024, firmada por el director de la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio, del contrato objeto de este informe se designaron como:

| Aplica | No Aplica | DESIGNACIÓN | NOMBRE |
|---|---|---|---|
| X | | Supervisor | LUCILA GÓMEZ TORRES |
| X | | Contratista en apoyo a la supervisión | LUISA FERNANDA ABELLA CARVAJAL |
| | | Interventor | |

**OBJETIVO**: Mantener informado a la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias y verificar que las actividades realizadas sean ejecutadas con calidad y en los términos establecidos.

## 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **CONTRATO Nº** | CONTRATO Nº. 088 DEL CINCO (5) DE JUNIO DE 2024 |
| **CLASE DE CONTRATO:** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN |
| **CONTRATISTA:** | MÓNICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA<br>C.C. 52224208 DE BOGOTÁ |
| **OBJETO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, PROMOCIÓN Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNICATIVAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE CULTURA CIUDADANA DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI |


Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

Scanned with CamScanner

## 2.1. CONDICIONES INICIALES

| | |
|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO:** | DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 10.000.000). |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | CUATRO (4) MESES. |
| **FECHA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA:** | CATORCE (14) DE JUNIO DE 2024 |
| **FECHA DE INICIO:** | CATORCE (14) DE JUNIO DE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:** | TRECE (13) DE OCTUBRE DE 2024 |

## 2.2. MODIFICACIONES APLICA ☐ NO APLICA ☒

| | | |
|---|---|---|
| **CESIÓN:** | NOMBRE DEL NUEVO CONTRATISTA | FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX |
| **VALOR DE LA CESIÓN** | VALOR EN LETRAS M/CTE ($ X.XXX.XXX). FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX | |
| **ADICIÓN EN VALOR** | NUMERO EN LETRAS" (X) MESES Y "NUMERO EN LETRAS" (X) DÍAS. | FECHA: XXX (X) DE XX DEL 2024 |
| **PRORROGAS, SUSPENSIONES O REINICIOS.** | "NUMERO EN LETRAS" (X) MESES Y "NUMERO EN LETRAS" (X) DÍAS. | FECHA: DÍA (X) DE MES DEL 20XX |
| **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:** | XXX | |

## 3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

| ÍTEM 1 | | | ÍTEM 2 | | | ÍTEM 3 | | | ÍTEM 4 | | | ÍTEM 5 | | | ÍTEM 6 | | | ÍTEM 7 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | | X | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO** | La contratista en este tercer periodo correspondiente del 14 de agosto al 13 de septiembre de 2024 se cumplió con la ejecución de los ITEM 1,2,3,4, 5 y 6, sin ninguna novedad. Y el item 7 la Entidad no lo requirió para realizar actividades inherentes al mismo. |


Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

Scanned with CamScanner

**PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO: 75%**

**3.1. INFORMES PARCIALES:** APLICA ☐ NO APLICA ☒

| INFORME PARCIAL N°. | PERIODO | RANGO DE FECHAS | PORCENTAJE EJECUTADO |
|---|---|---|---|
| 1 | | Día (X) De Mes Del 20XX al Día (X) De Mes Del 20XX | XX% |

## 4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES:

Se verificó el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo laborado por el Contratista.

| AGOSTO DE 2024 | |
|---|---|
| IBC | $1.600.000,00 |
| SALUD | $200.000,00 |
| PENSIÓN | $256.000,00 |
| RIESGOS PROFESIONALES (ARL) | $8.400,00 |
| N° DE PLANILLA | 7934848890 |

| SEPTIEMBRE DE 2024 | |
|---|---|
| IBC | $1.600.000,00 |
| SALUD | $200.000,00 |
| PENSIÓN | $256.000,00 |
| RIESGOS PROFESIONALES (ARL) | $8.400,00 |
| N° DE PLANILLA | 5166379094 |

### 4.1 HISTÓRICO IBC DEL PRESENTE CONTRATO:

| VALOR DEL CONTRATO: 10.000.000 | | IBC DEL CONTRATO: 4.000.000 | |
|---|---|---|---|
| PERIODO | MES Y AÑO | N°. PLANILLA | VALOR IBC PAGADO |
| 1 | AGOSTO DE 2024 | 7934848890 | $1.600.000,00 |



Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | SEPTIEMBRE DE 2024 | 5166379094 | 1.600.000 |
| | | **TOTAL PAGADO** | $3.200.000,00 |
| | | | |

**5. AVANCE FINANCIERO INICIAL**

| CONCEPTO | VALOR | FECHA | % |
|---|---|---|---|
| ANTICIPO | 0 | – | 0 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 10.000.000 | 14/06/2024 AL 13/10/2024 | 100% |
| PRIMER PAGO | $ 2.500.000 | 14/06/2024 AL 13/07/2024 | 25% |
| SEGUNDO PAGO | $ 2.500.000 | 14/07/2024 AL 13/08/2024 | 25% |
| PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME | $ 2.500.000 | 14/08/2024 AL 13/09/2024 | 25% |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $ 2.500.000 | 14/09/2024 AL 13/10/2024 | 25% |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 10.000.000 | 14/06/2024 AL 13/10/2024 | 100% |

**5.1. AVANCE FINANCIERO ADICIÓN** APLICA ☐ NO APLICA ☒

| CONCEPTO | VALOR | FECHA | % |
|---|---|---|---|
| ANTICIPO | 0 | -- | 0 |
| VALOR DE LA ADICIÓN | $ -- | | % |
| PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME | $ -- | | % |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | -0- | -0- | % |
| VALOR TOTAL DE LA ADICIÓN | $ -- | | 100% |

**6. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor y/o contratista en apoyo a la supervisión certifico que durante el **PERIODO N°.3** comprendido entre el CATORCE (14) de AGOSTO del 2024 y el TRECE (13) de SEPTIEMBRE del 2024, el



Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

Scanned with CamScanner

contratista cumplió a satisfacción con las actividades objeto del **CONTRATO Nº. 088** del CINCO(5) de JUNIO del 2024, además desarrolló todas las obligaciones pactadas cumpliendo con el pago del sistema de seguridad social.
Igualmente certifico que revisé las evidencias requeridas, como: registro fotográfico, planillas, formatos, información en el CD/DVD y demás información que demuestra el cumplimiento de las actividades del contrato.

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES GENERALES DEL CONTRATO** | N/A |

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 2.500.000).**

**LUCILA GOMEZ TORRES**
C.C. 40399561 DE VILLAVICENCIO
**SUPERVISOR O INTERVENTOR**

**LUISA FERNANDA ABELLA CARVAJAL**
C.C 1.013.608.287 DE BOGOTA
**APOYO A LA SUPERVISION**

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | FIRMAS |
|---|---|---|---|
| ELABORÓ | LUISA FERNANDA ABELLA CARVAJAL | Contratista | |
| REVISÓ | Yanet Cárdenas Mejía | Apoyo a la Supervisión | |


Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

Scanned with CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| IÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52224208 |
| I SOCIAL: | | | MONICA LILIANA CASTANEDA ARANDA CASTANEDA ARANDA |
| ): | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| | CRA 30 NO.38-10 APTO 302 CENTRO | TELÉFONO: | 6728107 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Portales web. |
| NTACIÓN: | UNICO | | |
| IERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7934848890 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/08/09 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | | 832741647 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |
| | | | | | | | | | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |

### 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 | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| | | | | | | | | | | | | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP 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-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.400 | $ 8.400 | $ 0 | $ 0 | $ 8.400 |
| | | | | | | | | $ 8.400 | $ 0 | $ 0 | $ 8.400 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|
| CCF34-COFREM META | 1 | $ 9.500 | $ 0 | $ 9.500 |
| | | $ 9.500 | $ 0 | $ 9.500 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.600.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.600.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 256.000 |

| SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.600.000 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 |

| ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.600.000 | 52224208 | $ 8.400 |

| PARAFISCALES CCF: IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE | DÍAS COT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.600.000 | CCF34-COFREM META | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 30 |

| TOTAL | $ 474.000 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI

USUARIO: SOI CC52224208



Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

# Pagar Planilla Asistida

## Resultado del Pago

| | |
|---|---|
| Cuenta origen | Cuenta de Ahorros-3174 |
| Servicio pagado | Planilla Asistida |
| Número de la planilla | S1663790994 |
| Nit del aportante | 52224208 |
| Periodo liquidado | 202409 |
| Valor pagado | $474,000.00 |
| Número de aprobación | 232467 |
| Fecha de transacción | 20/09/2024 |
| Hora de Transacción | 11:18:01 |
| Dirección IP | 181.51.34.179 |
| Costo de la Transacción | $0.00 |

Scanned with CamScanner

# . LANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| IÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52224208 |
| N SOCIAL: | | | MONICA LILIANA CASTANEDA ARANDA CASTANEDA ARANDA |
| O: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| | CRA 30 NO.35-10 APTO 302 CENTRO | TELÉFONO: | 6728107 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Portales web. |
| ENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 5166379094 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 0965233467 |

### 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 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |
| | | | | | | | | | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |

### 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 |
| EPS917-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| | | | | | | | | | | | | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |

### 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 | $ 9.400 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 9.400 |
| | | | | | | | | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 9.400 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF34-COFREM META | 1 | $ 9.600 | $ 0 | $ 9.600 |
| | | $ 9.600 | $ 0 | $ 9.600 |

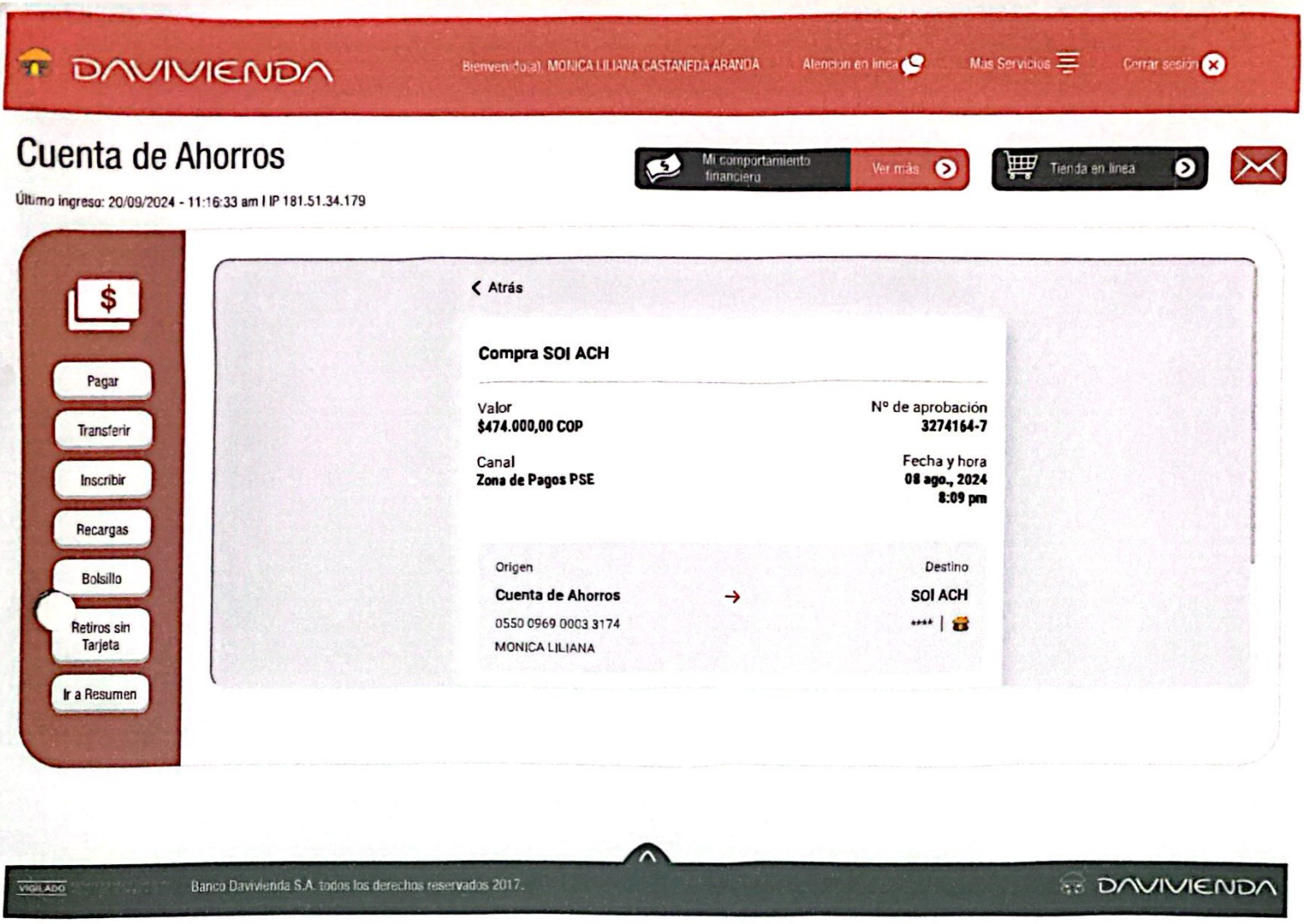
### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| ADORES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RETORNA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COT | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 |
| TARIDA NOA EA AA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.600.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.600.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | No mas | $ 256.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.600.000 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.600.000 | 52224208 | $ 9.400 | 30 | $ 1.600.000 | SECFS4-COFREM META | $ 9.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 474.000 |
|---|---|

planilla Pagada
SOI
planilla Pagada

Scanned with CamScanner




Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MONICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA** identificado con **CC** No. **52224208**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI - NI. 822001245 | **Fecha de inicio de cobertura:** 14/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/06/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 13/10/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019589650.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



Scanned with CamScanner