DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	**x**	Persona Jurídica		Mensual	**x**	Final	

1. DATOS DEL CONTRATO						
Unidad ejecutora	**DANE**	X	**FONDANE**			
Contratista	ANDREA MANUELA OJEDA ROMO					
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	1085322876					
Objeto	CE_2024_DRA_BDC FORTALECIMIENTO TERRITORIAL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO: Prestación de servicios Profesionales para apoyar, los procesos de Central de Cuentas, contratación, gestión documental, almacén, financieros, Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, apoyo a soporte jurídico de la Territorial Sur Occidente, además de apoyar las actividades de supervisión de los contratos que se generen durante el operativo de recolección para el desarrollo del Censo Económico Nacional Urbano – CENU.					
Valor del contrato	$17.500.000					
Plazo del contrato	148 días					
Pago número	**2** de 5					
Valor del pago	$3.500.000					
N° Registro Presupuestal	151924		**Fecha Registro Presupuestal**	05/08/2024		
Fecha aprobación garantía (si aplica)	No se solicita la constitución de garantías de conformidad con lo dispuesto especialmente en el Artículo 7 de la Ley 1150 de 2007.					
Modificaciones	N/A					
Fecha de inicio	**06**/08/2024		**Fecha de terminación*** **	31/12/2024		
Dependencia	Territorial Suroccidente Sede Pasto - GIT Administrativo					
Lugar de ejecución	Pasto					
Supervisor – Cargo	Diana Alexandra Díaz Ramos – Profesional Universitario – Coordinadora Administrativa 2044-09 Teléfonos (2) 7293800 Ext. 301					

*** Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	**4**0 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
1. Realizar las actividades que se generen dentro de la gestión precontractual, contractual, post contractual en la Territorial Sur Occidente, relacionadas con el Censo económico Nacional Urbano, garantizando el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la entidad.	Realice el proceso precontractual CENU para 10 contratistas, comenzando con la llamada la cual me confirmaba si estaban interesados en continuar con el proceso de contratación y asegurándose que cumplieran con los requisitos mínimos exigidos por la entidad.	Correo Institucional amojedar@dane.gov.co Usuario SIGEP II 1085322876 Usuario SECOP II manu ojeda
2. Apoyar las gestiones necesarias, para el adecuado trámite, registro o Transacción de los aplicativos SIGEP II, SECOP II, SICO, SIIF, ORFEO.	Realice la activación de los usuarios en la plataforma SIGEP II con el fin de comenzar con el proceso precontractual de las personas que me fueron delegadas	Correo Institucional amojedar@dane.gov.co Usuario SIGEP II

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	x	Persona Jurídica		Mensual	x	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	**4**0 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
		1085322876
3. Apoyar las validaciones necesarias de las hojas de vida que le sean asignadas en la plataforma SIGEP II de acuerdo con los soportes entregados dentro del proceso de verificación documental.	Se revisó una a una de las hojas de vid de los contratistas delgados a mi cargo, corroborando cada información que iban suministrando en la plataforma	Correo Institucional amojedar@dane.gov.co Usuario SIGEP II 1085322876
4. Realizar en las actividades administrativas, financieras, presupuestales, administrativas y transversales dentro del objeto contractual relacionadas con el Censo económico Nacional Urbano.	En este periodo no se realizó esta actividad	NO APLICA
5. Realizar la elaboración de los reportes, documentos, presentaciones e informes relacionados con los procesos administrativos, financieros y transversales de la Dirección Territorial Centro Occidente relacionados con el Censo Económico Nacional Urbano.	En este periodo no se realizó esta actividad	NO APLICA
6. Apoyar las gestiones de revisión, radicación, liquidación, obligación y pago en el SIIF de las cuentas de cobro según le sean asignadas.	En este periodo no se realizó esta actividad	NO APLICA
7. Realizar el proceso de gestión documental que se genere en el desarrollo de las actividades del Censo Económico Nacional Urbano- CENU	Se cumplió con las actividades asignadas de manera oportuna con el fin de dar cumplimiento a mi deber	NO APLICA
8. Ordenar y salvaguardar la documentación de la territorial de acuerdo con las actividades asignadas, velando por su correcta conservación y archivo, (tanto en físico como en los aplicativos disponibles) de conformidad con las normas archivísticas y procedimientos de la Entidad.	Se ha manejado con responsabilidad y prudencia toda la información recopilada de las personas que me fueron delgadas para contratar	NO APLICA
9. Contribuir en la organización, foliación y digitalización de documentos administrativos, generados en la Territorial Sur Occidente.	En este periodo no se realizó esta actividad	NO APLICA
10. Apoyar las diferentes actividades que se requieran para el adecuado trámite, registro o transacción de los aplicativos SIGEP II y SECOP II.	Se prestó el apoyo que me fue requerido en las actividades que me fueron delegadas y así surtir el adecuado trámite, registro o transacción de los aplicativos SIGEP II y SECOP II.	NO APLICA

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	x	Persona Jurídica		Mensual	x	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	**40 %**	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
11. Ejecutar y cumplir el objeto del contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en el presente contrato.	Se ha cumplido con los tiempos establecidos para cada etapa con el fin de no entorpecer el proceso de contratación	NO APLICA
12. Apoyar las actividades de supervisión de los contratos que se generen durante el operativo de recolección para el desarrollo del Censo Económico Nacional Urbano CENU.	En este periodo no se realizó esta actividad	NO APLICA
13. Participar en las reuniones o reinducciones administrativas que se requieran con el fin de mejorar o socializar los procesos que en el desarrollo se requieran	Se asistió cumplidamente a las reuniones y capacitaciones a las cuales se me solicitó, en cumplimiento de mi deber	NO APLICA
14. Comunicar al supervisor los inconvenientes que se le presenten para la ejecución de su contrato, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomará las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	Se comunicó a mi supervisora toda duda que se presentó durante el proceso de revisión con el fin de darle una solución oportuna y no retrase el proceso precontractual	NO APLICA
15. Tener un Dispositivo Electrónico Personal que requiera para el cabal cumplimiento del objeto, sin perjuicio de que la Entidad, considere la opción de suministrarlos, caso en el cual el contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramienta, dotación, implementación, inventarios y /o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación del servicio realizado, y este responderá por ellos, consignado en la cuenta Bancaria que la Entidad dispone para estos eventos el valor de los mismos, o los reponga en las mismas condiciones físicas y de funcionamiento CÓDIGO:GCO-040-PDT-008-f -005 VERSIÓN: 10 Estudios y Documentos Previos Contratación Directa de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión EDP-1176-2024 Estado APROBADA 16 en las cuales	Cuento con mi dispositivo personal, con el cual desempeño mis labores precontractuales	Computador personal

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	**x**	Persona Jurídica		Mensual	**x**	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	**4**0 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
fueron suministrados, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.		
16. Cumplir con las demás instrucciones y recomendaciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual.	Se ha cumplido con los deberes generados por parte de mi supervisora.	NO APLICA

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
SALUD	Periodo reportado **septiembre** Planilla N° 7939743531 de 03/10/2024
PENSIÓN	Periodo reportado **septiembre** Planilla N° 7939743531 de 03/10/2024
ARL	Periodo reportado **septiembre** Planilla N° 7939743531 de 03/10/2024

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)	
Valor inicial	
Valor total (incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿Le han reconocido pensión?	**SÍ ___ NO __x__** **Fondo que la reconoció:**	
¿Pertenece a algún régimen especial?	**SÍ _____ NO __x____**	**¿Cuál?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMMLV)	**SÍ ____ NO __x___**	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la respectiva resolución y la planilla de pago de Salud y ARL deberán allegarse como soporte del primer informe.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la respectiva resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)
Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos **SÍ*____ NO**__x___** se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 o las demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	x	Persona Jurídica		Mensual	x	Final	

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)

*** SÍ:** tomar costos o deducciones o no manifestarlo, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda.

**** NO:** tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

7. VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD

Luego de consultar el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se verificó que **SÍ** ____ **NO** __x__ se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista para el período del informe.

RADICADO N°	FECHA	ASUNTO	DEPENDENCIA DE ORIGEN	JUSTIFICACIÓN DE PENDIENTE	FECHA DE VENCIMIENTO

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia.
Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

8. PAZ Y SALVO DE ALMACÉN (sólo para el informe final)

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

9. OBSERVACIONES (sólo se diligencia por el supervisor del contrato, si aplica)

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en calidad de contratista/proveedor, declaro que toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaró que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSS corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:

Con la firma del presente informe, en calidad de supervisor/a, certificar el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en el desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago serán verificados en la plataforma o sistema de contratación pública definido. Por lo anterior, autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO N° CO1.PCCNT.6605021 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2024 – Hasta (30/09/2024)			
Persona Natural	**x**	Persona Jurídica		Mensual	**x**	Final	

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
ANDREA MANUELA OJEDA ROMO
C.C. 1.085.322.876 de Pasto

Firma:

ANDREA MANUELA OJEDA ROMO
CONTRATISTA

Firmado digitalmente por DIANA ALEXANDRA DIAZ RAMOS

Firma:

Aprobó
DIANA ALEXANDRA DIAZ RAMOS
Supervisor(a)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085322876
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA MANUELA OJEDA ROMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN LORENZO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN:	CR 2 E 21 C 18	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7939743531**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		956435342

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	$ 224.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 224.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 175.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 175.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 406.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 406.400**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085322876
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA MANUELA OJEDA ROMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN LORENZO	DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	CR 2 E 21 C 18	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7939743531**		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):		2024/10/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		956435342	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000
SUBTOTALES:										**$ 224.000**	**$ 0**	**$ 224.000**

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	$ 175.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.000	$ 0	$ 0	$ 175.000
SUBTOTALES:													**$ 175.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 175.000**

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	$ 7.400	$ 7.400	$ 0	$ 0	$ 7.400
SUBTOTALES:									**$ 7.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1085322876	OJEDA ROMO ANDREA MANUELA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.400.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.400.000	$ 175.000	$ 0	$ 175.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.400.000	108532287	$ 7.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 406.400**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
bcecdc718d4747acb02237444459349cc97cefae193ce113f388aff0b5c3ab134ff483fd71c86146782b2fa7e3403bf7

Número de Factura: FEAM-10
Fecha de Emisión: 02/10/2024
Fecha de Vencimiento: 02/10/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Tarjeta Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: OJEDA ROMO ANDREA MANUELA
Nombre Comercial: OJEDA ROMO ANDREA MANUELA
Nit del Emisor: 1085322876
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4220

País: Colombia
Departamento: Nariño
Municipio / Ciudad: Pasto
Dirección: CR 29 19 61 BRR LAS CUADRAS
Teléfono / Móvil: 3187297228
Correo: manuojeda1411@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999027
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 59 26 70 IN 1 CAN ED DANE
Teléfono / Móvil: 6015978300
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1	00001	CE 2024 DRA BDC FORTALECIMIENTO TERRITORIAL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Prestacion de servicios Profesionales para apoyar, los procesos de Central de Cuentas contratación gestión documental, almacén, financieros, Contabilidad, Presupuesto, Tesorería	NIU	1,00	$ 3.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.500.000,00

Notas Finales

Linea de negocio: #$0404-01-01-00C;CO1.PCCNTR.6605021;dadiazr@dane.gov.co#$

Datos Totales



Documento generado el:
02/10/2024 17:45:36
Documento validado por la DIAN:
02/10/2024 17:45:37
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			3.500.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			3.500.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			3.500.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	3.500.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764075826934 Rango desde: 5 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2025-01-26