Transporte

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

Al contestar cite Radicado 2024392030042559 Id: 1489923
Folios: 2 Fecha: 2024-10-09 17:48:37
Anexos: 1 DOCUMENTOS ELECTRONICOS
Remitente: GRUPO INSPECCION SEGURIDAD OPERACIONAL REGIONAL NOROCCIDENTE
Destinatario: GRUPO CUENTAS POR PAGAR

MEMORANDO

Bogotá, 01 de octubre de 2024

PARA: **Dra. DOREYDIS LIMA LÓPEZ**

COORDINADORA GRUPO CUENTAS POR PAGAR

Dra. SANDRA LILIANA GOMEZ ACERO

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

DE: **JOSE LUIS CONDE BARBERY**

GRUPO DE INSPECCIÓN DE SEGURIDAD OPERACIONAL

Asunto: **Soportes Cuenta mes de septiembre de 2024 ORDEN DE SERVICIO No. 24001048 H3. Contrato Andrés Neita Pinto**

Con el fin que se efectué el trámite de pago y archivo en la carpeta del contratista, de manera atenta adjunto soportes para el pago de la orden en referencia.

1.Formato Certificación de Cumplido para Pago de Prestación de Servicios.

2. Formato Declaración Juramentada para la Solicitud de Deducciones.

3. Formato 62 – Informe de ejecución y supervisión contractual.

4. Planilla de aportes a seguridad social.

5. Pantallazo cuenta cargada en SECOP II

6. Copia del RUT

Gracias por su atención y colaboración

CAPITAN JOSE LUIS CONDE BARBERY

COORDINADOR REGIONAL NOROCCIDENTE

royectó: Andrés Neita Pinto

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**FORMATO** **CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**		
	Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 6	**Fecha de aprobación:** 23/Feb/2024

Fecha de Diligenciamiento: DD **01** / MM **Octubre** / AAAA **2024**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **ANDRES ALEJANDRO NEITA PINTO**

NIT/CC No.: **1.053.584.230**

Información Contractual

Contrato No.: 24001048 H3 DE 2024

Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA REGION NOROCCIDENTE PARA LA ESTRUCTURACION E IMPLEMENTACION DE PLANES Y PROCESOS SOBRE AVIACION DEPORTIVA EL MARCO DE PROYECTO DE INVERSION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD.

Fecha de Suscripción: 23 / ago / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 31 / dic / 2024 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 65-46-101048041

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de Expedición: 20 / ago / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha aprobación póliza SECOP: 26 / ago / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha Inicio Cobertura ARL: 22 / ago / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución de contrato: 26 / ago / 2024 (DD / MM / AAAA)

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

	No. Compromiso Presupuestal / RP	Fecha Compromiso Presupuestal / RP	Valor	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
Información Inicial	255624	26 / ago / 2024	$ 28.500.000,00	$ 950.000,00	$ 27.550.000,00
Adición 1			$ -	$ -	$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 28.500.000,00	$ 950.000,00	$ 27.550.000,00

Información para Pago

No. Pago: **02**

Periodo de Pago: Desde **01 / sep / 2024** (DD / MM / AAAA) Hasta **30 / sep / 2024** (DD / MM / AAAA)

¿Es facturador electrónico? NO

Relacione las facturas

Tipo de Documento	*No. Factura*

Código Rubro Presupuestal a Afectar	**Valor a cobrar (Antes de IVA)**	**Valor IVA (si aplica)**	**Total**
C-2409-0600-8-20301C-2409029-02	$ 5.700.000,00	$ -	$ 5.700.000,00
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
	$ -	$ -	$ -
Total a Pagar:	$ 5.700.000,00	$ -	**$ 5.700.000,00**

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**FORMATO** **CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**		
	Clave: APOY-2.0-12-023	**Versión:** 6	**Fecha de aprobación:** 23/Feb/2024

APORTE (MÍNIMO) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mes Planilla SSS Aportada		IBC	$ 2.280.000,00
Septiembre		Salud Obligatoria (12,5%)	$ 285.000,00
Planilla No.		Pensión Obligatoria (16%)	$ 364.800,00
9474507144		ARL	Riesgo I $ 12.000,00
¿Es Pensionado?		Fondo de Solidaridad	
NO		TOTAL APORTES	$ 661.800,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria: Ahorros — Cuenta Bancaria No.: 488445454793

Nombre Entidad Bancaria: DAVIVIENDA

***IMPORTANTE: Si cambió su cuenta bancaria, debe, previamente informar al Grupo Contabilidad - Dirección Financiera, para realizar el proceso de actualización de esta información.**

Autorización de Pago por Parte del(los) Supervisor(es)

En mi calidad de Supervisor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a través de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral, las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

Firma:		Firma:	
Nombre:	JOSE LUIS CONDE BARBERY	Nombre:	
Cargo:	Coordinador	Cargo:	
Dependencia:	Grupo de Inspección de Seguridad Operacional	Dependencia:	

OBSERVACIONES

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**FORMATO**		
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA DEPURACIÓN DE LA BASE GRAVABLE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE		
	Clave: APOY-2.0-12-024	**Versión:** 4	**Fecha de aprobación:** 26/Feb/2024

Yo, ANDRÉS ALEJANDRO NEITA PINTO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,053,584,230 expedida en Nobsa (Boy), perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 24001048 H3 DE 2024 de fecha 26-Aug-24, y declaro bajo la gravedad de juramento que:

El ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios (Art. 329 ET, adicionado por el Art. 10 Ley 1607 de 2012). **No**

Respecto del año anterior mis ingresos totales fueron superiores a 1.400 UVT, sin incluir IVA, y por consiguiente estoy obligado a presentar declaración de renta. **No**

He contratado o vinculado, por al menos noventa (90) días contínuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica (Art. 1.2.1.20.2 Decreto 2250 de 2017). **No**

Los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Aeronáutica Civil, en cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 Art. 4 Decreto 2271 de 2009, Art. 26 Ley 1393 de 2010, Arts. 108 y 126-1 ET, Decreto 1070 de 2013 modificado por el Art. 9 Decreto 3032 de 2013 y el Art. 15 Decreto 836 de 1991; y hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador en la que se evidencia su estado pagada:

	NOMBRE EPS, AFP Y ARL	VALOR APORTE (Sin intereses de mora)	PLANILLA No.	PERIODO	
				MES	AÑO
EPS	SURA	$ 285.000,00	**9474507144**	Septiembre	2024
AFP	COLPENSIONES	$ 364.800,00			
ARL	POSITIVA	$ 12.000,00			

DEDUCCIONES

No Solicito deducción por concepto de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda (Art. 387 ET, Art. 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 Decreto 2250 de 2017).

Anexo certificación ☐ SII ☑ NO

No Solicito deducción por concepto de pagos de medicina prepagada o seguros de salud, a empresas o compañías de seguros vigiladas por la SuperSalud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes (Art. 387 ET, Art. 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 Decreto 2250 de 2017).

Anexo certificación ☐ SII ☑ NO

No Solicito deducción por dependientes (Art. 387 ET, Art. 1.2.4.1.18 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 Decreto 2250 de 2017).

Marquen la(s) opción(es) que le corresponde(n):

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☐
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina legal. ☐

Anexo certificación ○ SI ◉ NO

TIPO DE DOCUMENTO	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO

(Inserte las filas que requiera)

DEDUCCIONES DE RENTAS EXENTAS - APORTES VOLUNTARIOS

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD	No. DE CUENTA	VALOR

Se firma el día 1 del mes de Octubre del 2024



Firma
ANDRÉS ALEJANDRO NEITA PINTO

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS 5
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR 5
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**24001048 H3 DE 2024**
Nombre del Contratista:	**ANDRES ALEJANDRO NEITA PINTO**
Periodo informe:	**01 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2024**
Nombre de Supervisor:	**JOSE LUIS CONDE BARBERY**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**GRUPO DE INSPECCIÓN DE SEGURIDAD OPERACIONAL-REGIONAL NOROCCIDENTE**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA REGION NOROCCIDENTE PARA LA ESTRUCTURACION E IMPLEMENTACION DE PLANES Y PROCESOS SOBRE AVIACION DEPORTIVA EL MARCO DE PROYECTO DE INVERSION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD.

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS

1. Brindar apoyo al regional Noroccidente en elaboración de propuestas para la modificación a los Reglamentos Aeronáuticos de Colombia – RAC, 4 – 5 – 6 - 91 – 103 – 119 – 121 – 135 – 145.
2. Brindar apoyo al regional Noroccidente en el seguimiento de la transición y actualización de los Reglamentos Aeronáuticos de Colombia – RAC, 4 – 5 – 6 - 91 – 103 – 119 – 121 – 135 – 145.
3. Proponer proyectos normativos desde la región Noroccidente correspondientes a la aviación recreativa de acuerdo con los estándares internaciones establecidos para Colombia.
4. Proponer actualizaciones desde el regional Noroccidente a los manuales del inspector de operaciones y aeronavegabilidad, en lo relativo a la aviación recreativa, para la Dirección de Autoridad a los Servicios Aéreos.
5. Realizar seguimiento y levantamiento documental de requisitos que deben cumplir los aeroclubes de la región Noroccidente, para su debido funcionamiento de acuerdo con lo establecido en los Reglamentos Aeronáuticos de Colombia – RAC.

6. Elaborar guías, planes, procesos y programas desde el regional Noroccidente, encaminadas al desarrollo de la aviación recreativa.
7. Apoyar a la coordinación del regional Noroccidente en el plan de capacitación del programa institucional de capacitación plan institucional de capacitación (PIC).
8. Brindar insumos técnicos para la elaboración de respuestas a los requerimientos y PQRS, en temas concernientes a la aviación civil, de competencia de la Dirección de Autoridad a los Servicios Aéreos – DASA.
9. Las demás que se deriven del objeto del contrato y que sean requeridas por el supervisor del contrato.

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS

Durante el periodo comprendido entre el 01 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2024, se prestó y se recibió a satisfacción la realización el objeto del presente contrato cumpliendo con el cronograma establecido

1. Atender los lineamientos y políticas generales, así como dar cumplimiento a los procesos, subprocesos e instructivos del Sistema de Gestión de Calidad definidos por AEROCIVIL que se relacionen con el objeto del contrato.
2. Asistir y participar en las reuniones y actividades programadas en el marco del Sistema de Gestión Calidad; así como sugerir medidas que contribuyan a su mantenimiento y mejora, cuando sea conveniente.
3. Cumplir con los lineamientos del Sistema de Gestión Documental, y gestionar todos los trámites asignados a su usuario en el sistema.
4. Apoyar la preparación de las respuestas a los derechos de petición relacionados con el objeto y las actividades del contrato y velar para que las respuestas se tramiten dentro de los términos establecidos en la ley.
5. Entregar los productos e informes relacionados en la cláusula sexta del presente contrato, una vez sean recibidos a satisfacción por parte del Supervisor del mismo, en la Dirección Regional Noroccidente de la AEROCIVIL.
6. Conocer y aplicar las Políticas de Seguridad de la Información, definidas por AEROCIVIL.
7. Entregar, debidamente organizados, todos los archivos y documentos desarrollados durante la ejecución del contrato al supervisor del mismo, para efectos de la expedición del último recibo a satisfacción.

8. Acreditar al supervisor del contrato, para cada uno de los pagos, que se encuentra al día en los pagos por concepto de seguridad social (Pensión, Salud y ARL), de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Ante el incumplimiento de estas obligaciones, AEROCIVIL dará aviso de tal situación a las autoridades competentes.

9. En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo:

a) Procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

b) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Aero civil.

c) Hacer entrega al Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo el certificado del examen médico preocupacional de conformidad con la legislación vigente.

d) Informar oportunamente acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo, así como incidentes, accidentes o enfermedades laborales y contribuir en la implementación de actividades para su mitigación.

e) Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la inducción, definido en el programa de capacitación de Seguridad y Salud en el Trabajo.

f) Participar en las actividades de promoción y prevención en seguridad y salud en el trabajo determinadas por AEROCIVIL, para mantener y mejorar las condiciones de seguridad y salud de los colaboradores.

g) Participar y contribuir al cumplimiento de la política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo.

h) Participar en la investigación y análisis de accidentes de trabajo, si usted como contratista ha sufrido un accidente en el desarrollo de su trabajo o si ha sido testigo de un accidente de trabajo en su dependencia.

10. Quedan sujetos al código de ética de AEROCIVIL especialmente en lo relacionado con las causales de conflicto de intereses.

11. Atender a los clientes internos y externos de AEROCIVIL de manera cordial, eficiente y oportuna.

12. Apoyar en las actividades para la implementación de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, protección de datos, participación y servicio al ciudadano; así como en el seguimiento permanente del cumplimiento de los requisitos normativos en el marco de su objeto contractual.

El Contratista ha cumplido con las obligaciones mencionadas anteriormente en el literal.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS

De acuerdo con el objeto del contrato en ejecución durante el periodo no se presentó ninguna entrega de bienes o productos.

4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS

No se presentaron observaciones.

5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR

No se presentaron observaciones.

5.1. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	NO
2	Tipo de riesgo	NO APLICA
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	NO APLICA
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	NO APLICA
5	¿Fue oportuna la mitigación?	NO APLICA
OBSERVACIONES: No Se Materializo ningún Riesgo.		

5.2. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1. EXAMEN OCUPACIONAL

¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE?	
SI	**NO**
X	
¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?	
SI	**NO**
X	

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN	**FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN**
25/05/2024	25/05/2027

5.2.2. CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	
SI	**NO**
X	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	
23/08/2024	

5.3. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3		
4		
5		

NOTA: este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección Administrativa informe.**

6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

6.1. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

El porcentaje ejecutado del contrato en mención es de 27,25%.

6.2. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

El porcentaje ejecutado del contrato en mención es de 27,25%.

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

JOSE LUIS CONDE BARBERY
CC 79417041
SUPERVISOR

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053584230		NEITA PINTO ANDRES ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 75 n 28 46 apto 202	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3112114132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	954161512	9474507144	I	2024/10/08	2024/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$661,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1053584230	NEITA PINTO ANDRES ALEJANDRO									X									25-14	30	$2,280,000	$364,800	EPS010	30	$2,280,000	$285,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,280,000	$12,000	0	$0	$0	No	$661,800
Total	**Afiliados(1)**																						$2,280,000	$364,800			$2,280,000	$285,000			$0	$0			$2,280,000	$12,000		$0	$0		$661,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053584230		NEITA PINTO ANDRES ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 75 n 28 46 apto 202	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3112114132	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	954161512	9474507144	I	2024/10/08	2024/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$661,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$364,800	$0	$0	$364,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$364,800	$0	$0	$364,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,000	$0	$0	$285,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$285,000	$0	$0	$285,000
TOTAL				**1**	**$661,800**	**$0**	**$0**	**$661,800**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	CUENTA DE COBRO #1_CONTR. 24001048 H3_ANDRES NEITA	26 días de tiempo transcurrido *(13/09/2024 11:45:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	26 días de tiempo transcurrido *(13/09/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	950.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	CUENTA DE COBRO # 2_CONTRATO 24001048 H3 DE 2024_A	8 días de tiempo transcurrido *(1/10/2024 7:51:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	5.700.000 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	RP CTO 24001048 H3 ANDRES NEITA.pdf	RP CTO 24001048 H3 ANDRES NEITA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA_INFORME_DE_SUPERVISION_#1_AGOSTO_24001048 H3 DE 2024_ANDRES NEITA PINTO.zip	EVIDENCIA_INFORME_DE_SUPERVISION_#1_AGOSTO_24001048 H3 DE 2024_ANDRES NEITA PINTO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141046897913

(415)7707212489984(8020) 000014104689791 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 5 8 4 2 3 0	7	Impuestos de Medellín 1 1	

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	1 0 5 3 5 8 4 2 3 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Nobsa 4 9 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NEITA	PINTO	ANDRES	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CR 75 28 46 AP 302

42. Correo electrónico: alejo-86@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 1 1 4 1 3 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 - 06 - 17 / 15 : 14: 35

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 NEITA PINTO ANDRES ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO