FORMATO No. 06

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002)

Florencia, 21 de noviembre del 2024

Señores
MUNICIPIO DE FLORENCIA
Calle 15 Carrera 12 Esquina. / Barrió Centro

REFERENCIA	**MINIMA CUANTIA No. INV-PUB-OAJC 045-2024**
OBJETO DEL PROCESO	ADQUISICIÓN DE MATERIAL DE PUBLICIDAD, PIEZAS GRAFICAS E IMPRESAS PARA LA DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO “HAGAMOS GRANDE A FLORENCIA

Apreciados Señores:

La suscrito DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA actuando como Representante legal de **CAQUETÁ EMPRESARIAL** con Nit N° 1.117.531.184-0, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las empresas Promotoras de Salud EPS, Fondos de Pensiones, Administradora de Riesgos Profesionales ARP, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Social ICBF, y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA.

Dirección	Cra. 3 # 15 a 10	Email	Caqueta.empresarial@gmail.com
Numero de Teléfono	312 514 8275	Celular	312 514 8275
Numero de Fax	-	Rut No.	1117531184-0

Atentamente,

Deryi Viviana Llanos O.

DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA
Representante Legal
Cédula de ciudadanía N° 1.117.531.184 de Florencia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1117531184
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CARRERA	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de los hogares
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4577978461**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990672472

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 377.300**

Planilla Pagada