CUENTA DE COBRO No. 01

CONCEJO DISTRITAL DE BARRANQUILLA
NIT. 802.003.327-6

DEBE A:

GRACE MOLINA PEREZ
C.C. 57.466.375

LA SUMA DE: $1.083.333

SON: UN MILLON OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE.

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO UNIDAD DE APOYO NORMATIVO AL HONORABLE CONCEJAL JUAN CAMILO FUENTES PUMAREJO , PARA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN LA LEY 617 DE 2000, LAS REGLAS DEL ACUERDO No. 015 DE 2008, MODIFICADO POR EL ACUERDO No. 020 DE 2017 Y DEMAS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, ADICIONEN O MODIFIQUEN.

Correspondiente al periodo: Del Veintiséis (26) de Enero de 2024 al treinta y uno (31) de Enero de 2024.

De acuerdo a lo contemplado en el contrato No. UAN-008-2024-03

Cordialmente,



GRACE MOLINA PEREZ
C.C. 57.466.375 de Santa Marta
Cta de Ahorros No. 0550488413138683 **(***BANCO DAVIVIENDA)*

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INFORME DE GESTION No. 01	
No. de contrato:	**UAN-008-2024-03**
Contratista:	**GRACE MOLINA PEREZ**
C.C.	57.466.375
Teléfono/Celular:	3008320184
Correo electrónico:	grace2883@hotmail.com
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO UNIDAD DE APOYO NORMATIVO AL HONORABLE CONCEJAL JUAN CAMILO FUENTES PUMAREJO , PARA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN LA LEY 617 DE 2000, LAS REGLAS DEL ACUERDO No. 015 DE 2008, MODIFICADO POR EL ACUERDO No. 020 DE 2017 Y DEMAS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, ADICIONEN O MODIFIQUEN.
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS	
Periodo de informe:	Del 26 de enero de 2024 al 31 de enero de 2024
No. de informe:	01
No. de cuota	01☒ 02☐ 03☐ 04☐ 05☐ 06☐ 07☐ 08☐ 09☐ 10☐ 11☐ 12☐
Periodo de Pago al Sistema de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL)	**Enero 2024**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Conforme al objeto del contrato, me permito manifestar que, realicé las siguientes actividades:

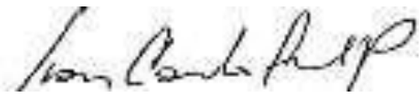
1. Acompañar al Concejal a cada unas de las actividades programadas en las comunidades con el fin de establecer un enlace con la comunidad y comunicación directa con el Concejal.
2. Recepción de peticiones que le realizan al concejal, para que desde su curul realice control político.
3. Acompañar al concejal en las sesiones llevadas a cabo durante el mes.
4. Organizar las reuniones del concejal en las distintas localidades de Barranquilla.

ANEXOS:

1. Acompañar al Concejal a cada unas de las actividades programadas **.**



Certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos y soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, cumplen con los requisitos de ley.

	 **V.B.**
Contratista: GRACE MOLINA PEREZ	**Concejal postulante:** JUAN CAMILO FUENTES PUMAREJO
No. Identificación:57.466.375	**No. Identificación:** 72.288.900
UAN CONCEJAL: JUAN CAMILO FUENTES PUMAREJO	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57466375
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GRACE MOLINA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 21 A NO. 16 - 80	TELÉFONO:	4102850
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:		**4537133116**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997501705

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 69.400	$ 0	$ 69.400
SUBTOTALES:										**$ 69.400**	**$ 0**	**$ 69.400**

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	$ 54.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 54.200	$ 0	$ 0	$ 54.200
SUBTOTALES:													**$ 54.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 54.200**

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	$ 2.300	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 2.300
SUBTOTALES:									**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																		
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 57466375	MOLINA PEREZ GRACE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.600.000				NO	26																	230301-PORVENIR	5	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 433.334	$ 54.200	$ 0	$ 54.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	$ 433.334	57466375	$ 2.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 125.900**