Santa Rosa , 28/11/2024

*Documento de cobro No **4***

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

MARTHA ISABEL CHITO ZUÑIGA
NIT. No. 34324737-4

*La suma de **cinco millones seiscientos ochenta y tres mil doscientos ochenta y dos pesos M/cte**. **($5.683.282**), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN DE LA MODALIDAD ?SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD? CONFORME A LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS Y ENFOQUE DETERMINADO POR EL ICBF. DIRECCIÓN REGIONAL CAUCA.*
*, del contrato **N° 19007672024** del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 26127917433 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/11/2024	30/11/2024

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8551

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* *Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales* *No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 59.376.800,00)*	*NO*
4	*• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 169.648.000,00 - 2023) ($ 188.260.000,00 - 2024) con el Estado*	*NO*
	• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT ($ 188.260.000,00 - 2024) ($ 169.648.000,00 - 2023)	*NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0,00 %*
6	• ***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro**, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (**Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta**)*	*NO*
	• ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*SI*

Cordialmente,

Martha Chito

MARTHA ISABEL CHITO ZUÑIGA
C.C.: ***34324737***
Dirección: ***KR SEGUNDA NORTE CASA 30 POMONA***
Celular: ***3150016896***
Correo Electrónico: ***martha2chito@outlook.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 793524

CONTRATO No. 19007672024 Del 24/09/2024 **SEDE O REGIONAL**: Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 24/09/2024 HASTA: 31/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARTHA ISABEL CHITO ZUÑIGA**

No. Documento de identificación: **34,324,737** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9475649661** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **3.1 / 3.1** Mes de Pago: **NOVIEMBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**15,913,191.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**5,683,282.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**15,913,191.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**0.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 419024 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	**5,683,282.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**227,331.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**290,984.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**9,493.00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Fecha Creación
11/28/2024 5:18:25 PM

Fecha Impresión:
11/28/2024 5:18:39 PM

Corrección: 0 **F1.P17.GF**

Obligación Contractual	Producto
1-ELABORAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO DE LAS FAMILIAS VINCULADAS A LA MODALIDAD.	1. EL EQUIPO DE TRABAJO SE REUNIO PARA REALIZAR EL PLAN DE TRABAJO DONDE SE ASIGANRON LAS TAREAS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CADA VISITA QUE SE REALIZE A CADA FAMILIA BENEFICIARIA Y VINCULADA. DE ESTA MENERA PRUDENTE RECOLECTAR LA MAYOR CANTIDAD DE INFORMACION LA CUAL SE UTILIZARÁ PARA FORTALECER LOS VINCULOS AFECTIVOS Y LA SANA CONVIVENCIA EN COMUNIDAD. TAMBIEN PARA REFORZAR TEMAS DE INTERES EN LOS ENCUENTROS PROGRAMADOS POR CADA PROFESIONAL PSOCISOCIAL EN LA CABECERA MUNICIPAL Y EN EL CENTRO POBLADO EL CARMELO.
2- DILIGENCIAR LOS INSTRUMENTOS ASOCIADOS A LAS ACTIVIDADES Y PROPÓSITOS DEL ÁMBITO COMUNITARIO, DE ACUERDO CON EL MANUAL OPERATIVO Y SUS ANEXOS.	SEGÚN EL MANUAL OPERATIVO Y SIGUIENDO EL DEBIDO PROCESO SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DE TODOS LOS FORMATOS QUE SE RELACONAN CON EL TEMA COMUNITARIO Y LOS RESPECTIVOS ENCUENTROS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS Y VINCULADAS DE LA CABECERA MUNICIAL, ZOÑA 1, 2, 3, 4, LA COLINA Y PRADOS DEL NORTE Y EN CENTRO POBLADO EL CARMELO. TODO ESTO CON EL FIN DE SACAR LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS ADELANTE DONDE SE PUEDA VER EL REFLEJO DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SEA ESTA COMUNIDAD DE NIÑOS, NIÑAS, JOVENES Y ADOLESCENTES LOS BENEFICIARIOS DIRECTAMENTE Y ETSE LUGAR O ZONA SE LLENE DE VIDA Y DE MUCHO COLOR.
3- APOYAR LOS PROCESOS DE MAPEO Y RECONOCIMIENTO TERRITORIAL CON LAS FAMILIAS Y LA UNIDAD MEDIANTE METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS Y UTILIZAR ESTA INFORMACIÓN COMO INSUMO PARA EL DESARROLLO DE LOS ENCUENTROS E INICIATIVAS COMUNITARIAS.	SE REALIZA EL PROCESO DE MAPEO EN LA CABECERA MUNICPAL Y CENTRO POBLADO EL CARMELO COMO TAMBIEN EN LAS INSTITUCIONES PARA TENER EL PRIMER ACERCAMIENTO FAMILIAR DANDONOS A CONOCER Y GANARNOS LA CONFIANZA PARA CUMPLIR CON LO PROPUESTO Y CONOCER EL TERRITORIO CON SUS NECESIDADES. SE TRABAJA EN EQUIPO PARA EL APOYO DE LOS PROCESOS TERRITORIALES CON ACTIVIDADES LUDICAS Y PEDAGOGICAS QUE SEAN DE AGRADO PARA LA COMUNIDAD Y QUE LAS VISITAS NO SE VUELVAN MONOTONAS Y DE ABURRIMIENTO.

IMPLEMENTAR METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN LO CONCERNIENTE CON LOS COMPONENTES Y 4- CON LAS FORMAS DE ATENCIÓN, CON UN ENFOQUE COMUNITARIO Y SOCIAL, EN EL MARCO DE LOS PARÁMETROS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS PLANTEADOS POR EL ICBF Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LOS PROCESOS FORMATIVOS GRUPALES DESDE EL ENFOQUE SOCIAL, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD Y SUS ANEXOS.	- SE IMPLEMENTAN ACCIONES PARTICIPATIVAS COMUNITARIAS Y SOCIALES TEJIENDO LASOS DE COOPERACION, DE TRABAJO EN EQUIPO, SOLIDARIDAD Y COMPROMISOS POR SALVAGUARDAR LA INTEGRIDAD DE LAS FAMILIAS EN ESPECIAL LA DE LOS NIÑOS, NIÑAS, JOVENES Y ADOLESCENTES. CADA PROFESIONAL PSICOSOCIAL REALIZA SU RESPECTIVA VISITA Y SEGUIMIENTO A CADA VINCULACION CON EL AOPOYO CONSTANTE DEL PROFESIONAL COMUNITARIO PARA IDENTIFICAR LAS NECESIDADES Y PROBLEMATICAS PARA PODER ORIENTAR A CADA FAMILIA Y HACER MAS FACIL SUS PROBLEMATICAS, TENIENDO EN CUENTA QUE LA FAMILIA ES LA BASE FUNDAMENTAL DONDE SE FOMENTAN LAS BASES ESENCIALES COMO VALORES Y PRINCIPIOS. FECHAS DE ENCUENTRO: 7, 8, 21 Y 23 NOVIEMBRE SE ANEXAN EVIDENCIAS EN LAS CARPETAS DEL ONE DRIVE
5- ELABORAR LA GUÍA DE OFERTA TERRITORIAL, QUE COMPRENDE EL MAPEO DE ENTIDADES, ACTORES, INICIATIVAS Y ESPACIOS DE INCIDENCIA, QUE CONTEMPLE LA OFERTA SOCIAL Y PRIVADA EXISTENTE PARA LAS FAMILIAS EN LOS MUNICIPIOS A CARGO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y CONSIDERACIONES OPERATIVAS.	5- SE ELABORA LA GUIA TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA CABECERA MUNICIPAL Y CENTRO POBLADO EL CARMELO PARA DAR A CONOCER LA MODALIDAD DE SOMOS FAMILIA SOMOS COMUNIDAD Y SUS RESPECTIVAS INICIATIVAS COMUNITARIAS CON LOS PROFESIONALES A CARGO EN ESTE CASO LOS PSICOSOCIALES Y COMUNITRAIOS
6- APOYAR EN LAS FAMILIAS EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE OFERTA, ACTIVACIÓN DE RUTAS Y FORTALECIMIENTO DE REDES, DESDE EL RECONOCIMIENTO DE ACTORES CIVILES Y COMUNITARIOS PRESENTES EN LOS MUNICIPIOS ATENDIDOS.	6- SE REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROFESIONALES PSIOCOSOCALES EN LA CABECERA MUNICIPAL Y EN EL CENTRO POBLADO EL CARMELO A LA REALIZACION DE LAS RESPECTIVAS VISITAS DOMICILIARIAS CON EL FIN DE APORTAR Y DAR A CONOCER LA MODADLIDAD QUE SE LLEVARA A CABO CON LAS FAMILIAS VINCULADAS Y BENEFICIARIAS. CON ESTE ACOMPAÑAMIENTO SE QUIERE OBTENER MAYOR INFORMACION PARA QUE LAS FAMILIAS VEAN EN LOS PROFESIONALES UN APOYO FAMILIAR Y SOCIAL PARA SOLVENTAR ALGUNAS DE SUS PROBLEMATICAS Y CUENTEN CON INFORMACION IMPORTANTE PARA EL SEGUIMIENTO DE RUTAS ACTVAS QUE CUENTA EL MUNICIPIO COMO TAMBIEN APOYAR AL RECONOCIMIENTO DE LA OFERTA.

7- PARTICIPAR DE MANERA CONJUNTA EN EL DESARROLLO DE LAS DEMÁS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DEFINIDAS PARA EL EQUIPO DE UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO DEL QUE HACE PARTE.	7- SE PARTICIPA DE MANERA CONJUNTA ENTRE PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS CON LA UTFC, PARA GARANTIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE CADA FAMILIA Y DAR LO MEJOR EN CADA VISITA DOMICILIARIA LLEGANDO A ACUERDOS Y DAR LO MEJOR EN CADA ENCUENTRO CON RESPECTO A LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA SOMOS CUMUNIDAD Y TODAS LAS NECESIDADES Y TEMAS DE INTERES DE LA COMUNIDAD BENEFICIARIA Y VINCULADA.
8- PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE ASISTENCIA TÉCNICA Y EN DEMÁS REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	- SE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUPERVISORA EN ASISTENCIAS TECNICAS Y REUNIONES CONVOCADAS. SE PARTICIPA DE MANERA CONJUNTA ENTRE PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS CON LA UTFC. EN LAS CAPACITACIONES VIRTUALES PROGRAMADAS POR LA SUPERVISORA DEL CONTRATO Y DEMAS ENTES DE LA REGIONAL CAUCA Y ZONAL MACIZO COLOMBIANO, PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS COMO PERSONAL PROFESIONAL Y PODER DAR EL ACOMPAÑAMIENTO Y GARANTIZAR SU PARTICIPACION EN LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA SOMOS COMUNIDAD. ASISTENCIA TÉCNICA GENERALIDADES PRESENTACIÓN DE INFORMES CZ MACIZO COLOMBIANO
9- GUARDAR ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y AQUELLA DE TERCEROS A LA QUE TENGA ACCESO EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CONTRATADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN ES CALIFICADO POR LAS PARTES QUE FIRMAN ESTE CONTRATO COMO GRAVE Y DARÁ LUGAR A LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LA LEY.	9- SE GUARDA ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD CON LOS DATOS ADQUIRIDAS EN LAS FAMILIAS Y CON TODO LO RELACIONADO CON LOS INSUMOS DEL RESPECTIVO CONTRATO PARA ASI EVITAR FILTRACION DE INFORMACION.

10- CONTAR CON LOS ELEMENTOS Y HERRAMIENTAS PROPIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS TALES COMO EQUIPO DE CÓMPUTO, EQUIPO TELEFÓNICO, PLANES DE DATOS Y COMUNICACIÓN, ENTRE OTROS, SIN PERJUICIO DE QUE EL ICBF PUEDA ASIGNARLOS EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO O RELEVANTE PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO.	10- SE CUENTA CON LAS HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS NECESARIAS COMO EL COMPUTADOR, CELULAR, HOJAS, MARCADORES, IMPRESORA ETC.
11- LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD Y SUS ANEXOS.	11- SE CARGAN LAS ACTIVIDADS CORRESPONDIENTES EN LAS CARPETAS QUE SE ENCUENTRAN EN ONE EL DRIVE DE ACUERDO A LO SOLICITADO POR LA SUPERVISORA.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 19007672024 DEL 2024.

Martha Chito

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 34,324,737

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cinco millones seiscientos ochenta y tres mil doscientos ochenta y dos pesos m/cte.,($ 5,683,282.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
NEYLA LORENA LOPEZ HOYOS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	CENTRO ZONAL MACIZO	

Revisó:

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34324737		CHITO ZUÑIGA MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 casa 30	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	38234480	9475649661	I	2024/11/13	2024/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$535,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,812,000	$290,000			$1,812,000	$226,500			$0	$0			$1,812,000	$19,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,812,000	$290,000			$1,812,000	$226,500			$0	$0			$1,812,000	$19,000		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,812,000	$290,000			$1,812,000	$226,500			$0	$0			$1,812,000	$19,000		$0	$0
1	CC	34324737	CHITO MARTHA	230301	30	$1,812,000	$290,000	EPS037	30	$1,812,000	$226,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,812,000	$19,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,812,000	$290,000			$1,812,000	$226,500			$0	$0			$1,812,000	$19,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34324737		CHITO ZUÑIGA MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 casa 30	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	38234480	9475649661	I	2024/11/13	2024/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$535,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$0	$0	$290,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$290,000	$0	$0	$290,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,000	$0	$0	$19,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,000	$0	$0	$19,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,500	$0	$0	$226,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$226,500	$0	$0	$226,500
TOTAL				1	$535,500	$0	$0	$535,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34324737		CHITO ZUÑIGA MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 casa 30	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	44410785	9477773807	N	2024/11/13	2024/11/25	BANCO DE OCCIDENTE	12	$2,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,651	$1,000			$6,651	$900			$0	$0			$6,651	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,651	$1,000			$6,651	$900			$0	$0			$6,651	$0		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$6,651	$1,000			$6,651	$900			$0	$0			$6,651	$0		$0	$0
1	CC	34324737	CHITO MARTHA	230301	30	($1,812,000)	($290,000)	EPS037	30	($1,812,000)	($226,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,812,000)	($19,000)	0	$0	$0
2	CC	34324737	CHITO MARTHA	230301	30	$1,818,651	$291,000	EPS037	30	$1,818,651	$227,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,818,651	$19,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$6,651	$1,000			$6,651	$900			$0	$0			$6,651	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

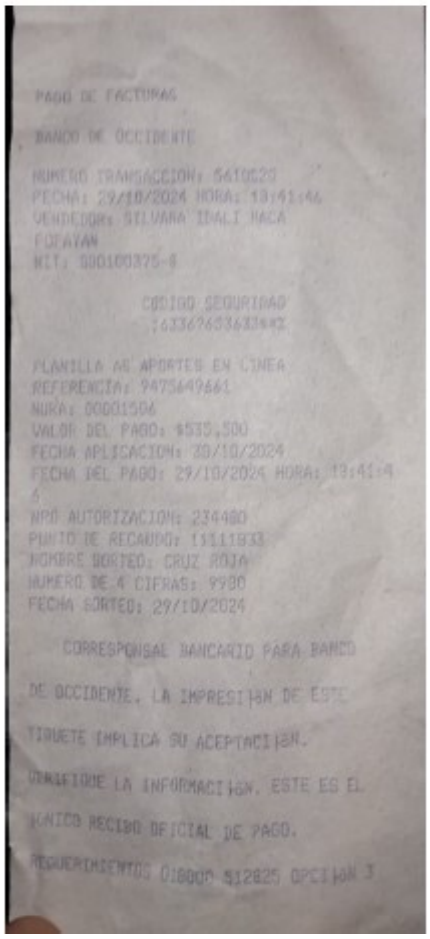
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34324737		CHITO ZUÑIGA MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 casa 30	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	44410785	9477773807	N	2024/11/13	2024/11/25	BANCO DE OCCIDENTE	12	$2,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000	$100	$0	$1,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,000	$100	$0	$1,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$100	$0	$1,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$900	$100	$0	$1,000
TOTAL				1	$1,900	$200	$0	$2,100



PAGO DE FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 5410620
FECHA: 29/10/2024 HORA: 13:41:44
VENDEDOR: SILVANA IDALI HACA
POPAYAN
NIT: 800100375-8

CODIGO SEGURIDAD
?633676336338#?

PLANILLA AS APORTES EN LINEA
REFERENCIA: 9475649661
NURA: 00001506
VALOR DEL PAGO: $535,500
FECHA APLICACION: 29/10/2024
FECHA DEL PAGO: 29/10/2024 HORA: 13:41:4
6
NRO AUTORIZACION: 234480
PUNTO DE RECAUDO: 11111833
NOMBRE SORTEO: CRUZ ROJA
NUMERO DE 4 CIFRAS: 9980
FECHA SORTEO: 29/10/2024

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

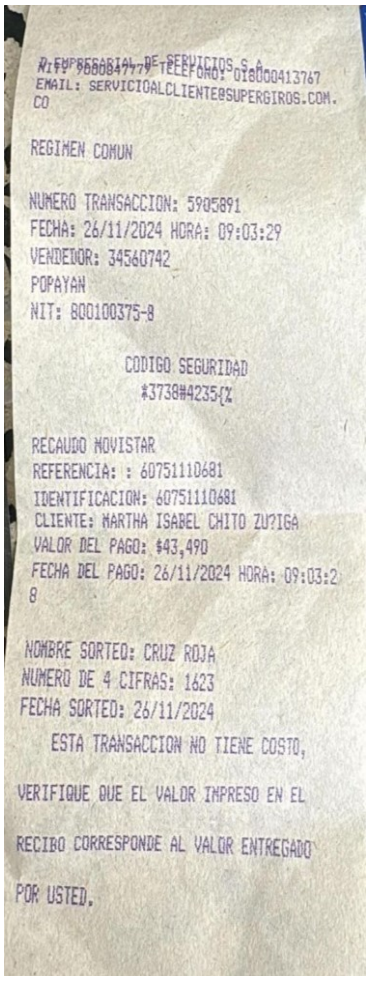
DE OCCIDENTE. LA IMPRESI|ON DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACI|ON.

VERIFIQUE LA INFORMACI|ON. ESTE ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCI|ON 3



W:[illegible] DE SERVICIOS S.A
EMAIL: SERVICIOALCLIENTE@SUPERGIROS.COM.
CO TELEFONO: 018000413767

REGIMEN COMUN

NUMERO TRANSACCION: 5905891
FECHA: 26/11/2024 HORA: 09:03:29
VENDEDOR: 34560742
POPAYAN
NIT: 800100375-8

CODIGO SEGURIDAD
#3738#4235{%

RECAUDO MOVISTAR
REFERENCIA: : 60751110681
IDENTIFICACION: 60751110681
CLIENTE: MARTHA ISABEL CHITO ZU?IGA
VALOR DEL PAGO: $43,490
FECHA DEL PAGO: 26/11/2024 HORA: 09:03:2
8

NOMBRE SORTEO: CRUZ ROJA
NUMERO DE 4 CIFRAS: 1623
FECHA SORTEO: 26/11/2024

ESTA TRANSACCION NO TIENE COSTO,

VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL

RECIBO CORRESPONDE AL VALOR ENTREGADO

POR USTED,