| ITBOY | SISTEMA DE GESTIÓN - MIPG | Código: FR-ADF-05 |
|---|---|---|
| | PROCESO | Versión: 11 |
| | ADMINISTRACIÓN FINANCIERA | Página 1 de 1 |
| | LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA TRAMITE DE CUENTAS | Fecha Aprobación: 08-05-2018 |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Contrato No: | 078 de 2024 | Nombre del Supervisor / Interventor: CINDY LORENA OLARTE JIMENEZ | Nombre del Contratista: KATERINNE SOLER URREA |
|---|---|---|---|

Tipo de Contrato: Prestación de Servicio [X] Cotsultoría [ ] Suministro [ ] Arrendamiento [ ] Compra Venta [ ] Obra [ ]

| No de Acta Parcial/Final: | 4 | Fecha de Inicio | 06/08/2024 | Fecha Finalización | 31/12/2024 |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor del Contrato: | $ 12.270.000,00 | Forma de pago: | MENSUAL | Pago Número | 4 de 6 |
| Valor a Pagar: | $ 2.045.000 | Periodo de Corte: | 06 DE NOVIEMBRE A 05 DE DICIEMBRE DE 2024 | | |

**DESCRIPCIÓN (Adicionales, Otro Sí, Prórrogas)**

| No. ADICIONAL | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | OBJETO DE LA PRÓRROGA/ADICIONAL | ADICIÓN/VALOR | PRORROGA/PLAZO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

**REQUISITOS PARA PAGO POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN SERVICIOS, CONVENIOS O ADQUISICIÓN DE BIENES**

| DESCRIPCIÓN PARA PRIMER PAGO Y PAGOS PARCIALES | ESTADO | | |
|---|---|---|---|
| | Cumple | No Cumple | No Aplica |
| Revisar y verificar en la Carpeta del Contrato Acta de Inicio, Objeto del contrato, CDP, RP, acta de aprobación de póliza (si aplica) | ✓ | | |
| Factura original o su equivalente, cuenta de cobro en original y Copia (persona Natural) - (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario) | ✓ | | |
| Informe de supervisión que contenga periodo de corte que corresponde- recibo a satisfacción de bienes o servicios o avances de obra - debidamente diligenciado - FR -GEJ-15 | ✓ | | |
| Acta de recibo parcial y balance presupuestal - debidamente liquidado (Diligenciado y firmado por el Contratista, aprobada/firmada por el Supervisor/Interventor) FR-GEJ-13 | ✓ | | |
| Planilla y recibo de pago de Aportes de Seguridad Social- pensión y riesgos laborales (Persona natural - Que la base de pagos de aportes a salud, pensión y ARL sea sobre el 40 % del valor del pago parcial) - Para persona jurídica revisar declaración juramentada de pago de aportes parafiscales y seguridad social suscrito por el Representante Legal o el Revisor Fiscal Confirmar que los pagos correspondan al periodo de corte de la cuenta | ✓ | | |
| Certificación en aplicación al Decreto 1070 de 2013, dirigida a la Oficina de Tesorería, igualmente se debe incluir numeral donde el contratista certifica que el valor de aportes al Sistema de Seguridad Social corresponde al 40% del valor de los ingresos recibidos durante el mes a cobrar | ✓ | | |
| Revisar la Carpeta del Contrato Verificar la Forma de pago y confirmar que el número de cuenta/pago solicitado corresponda | ✓ | | |
| Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos | | | X |

| DESCRIPCIÓN -REQUISITOS ADICIONALES PARA PAGO FINAL | ESTADO | | |
|---|---|---|---|
| | Cumple | No Cumple | No Aplica |
| Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos | | | X |
| Acta de entrega y recibo final del objeto - obligaciones contractuales (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-14 | | | X |
| Acta de liquidación de contrato (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-15 | | | X |
| | | | |

**OBSERVACIONES- CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA CUENTA**

| Revisado por | Nombre | Firma | Fecha de Diligenciamiento | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Norma Alexandra Ruiz Bermúdez | | DÍA | MES | AÑO |
| | CARGO: JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA | | 04 | 12 | 24 |

Tunja, 06 de diciembre 2024

CUENTA No. 04

INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACÁ NIT. 891.801.069-8

Debe a:

KATERINNE SOLER URREA

C.C. No. 1.012.414.311 expedida en Bogotá

La suma de DOS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($ 2.045.000), por concepto de honorarios en desarrollo del Contrato de Prestación de Servicios No. CD- ITBOY 078 de 2024, cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUí DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ." ITEM 5.06". Labor desempeñada en el periodo comprendido del 06 de noviembre al 05 de diciembre de 2024.

Cuenta de ahorros N º 92361692090 Bancolombia

KATERINNE SOLER URREA

C.C. No.1.012.414.311 de Bogotá

| | | |
|---|---|---|
| ITBOY | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY" | Código: FR-+B33+B1:B1:U36 |
| | PROCESO | Versión: 2 |
| | GESTION JURIDICA | Pág.: 1 de 1 |
| | ACTA DE SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y RECIBO PARCIAL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR | Fecha de Aprobación: 10-08-2018 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ACTA PARCIAL** | 4 | **FECHA ACTA:** | 06 DE DICIEMBRE DE 2024 | | |
| **CONTRATO** [X] | **CONVENIO** [ ] | **No.** | | **DE FECHA:** | |
| **OBJETO** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUÍ DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ " ITEM 5.06" | | | | |
| **CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL** | KATERINNE SOLER URREA | | | NIT: | |
| | | | | C.C: | 1.012.414.311 |
| **SUPERVISOR / INTERVENTOR** | CINDY LORENA OLARTE JIMENEZ | | | NIT: | |
| | | | | C.C: | 1.057.466.588 |
| **VALOR INICIAL** | $ 12 270 000,00 | | | | |
| **VALOR CON ADICIONES** | | | | | |
| **FECHA DE INICIO** | 06 AGOSTO DE 2024 | | **PLAZO CON ADICIONES** | 6 MESES | |
| **ACTA DE SUSPENSIÓN** | | | **ACTA DE REINICIACIÓN** | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31 DE DICIEMBRE DE 2024 | | **PERIODO AUTORIZADO A PAGAR** | 06 Noviembre - 05 de diciembre de 2024 | |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL N°** | 00000357 | **FECHA:** 2/06/2024 | **CODIGO O RUBRO N°** | 2 3 2 02.02 008 02 | |

**BALANCE DE PAGO**

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato | **$12.270.000** | |
| Valor aporte otra Entidad | | |
| Anticipo | | |
| Amortización del anticipo | | |
| Valor de la presente acta seguimiento y recibo a Satisfacción N° 4 | | $ 2 046.000,00 |
| Valor actas pagadas | | $ 6 135 000,00 |
| Saldo por ejecutar | | $ 4.090.000,00 |
| **Sumas iguales** | **$12.270.000** | **$ 12.270.000,00** |

El suscrito SUPERVISOR o INTERVENTOR del Contrato o Convenio en mención, manifiesto que he recibido a satisfacción el informe correspondiente al periodo de pago mencionado, presentado por la CONTRATISTA, quien cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato; igualmente certifico que la CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos profesionales a mes vencido de acuerdo con la planilla No. 4545590011- 4576795389 del mes **NOVIEMBRE** de conformidad con la normatividad vigente

En visita al lugar de los trabajos y/o en la entrega de los bienes, servicios y demás, se constató que lo ejecutado está de acuerdo con el porcentaje* equivalente al 66,67% del total del contrato, encontrándose como soportes los informes allegados junto con sus anexos que hacen parte de la presente acta

**En los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, el porcentaje se determinará según el tiempo ejecutado del plazo total del contrato*

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron

**CINDY LORENA OLARTE JIMENEZ**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

**KATERINNE SOLER URREA**
CONTRATISTA y/o REPRESENTANTE LEGAL

*El informe, las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista y/o interventor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan la verificación de las entregas de la información de la prestación de servicios, los suministros de bienes y servicios, así mismo las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor o Supervisor*

Se verificaron y se constaron los pagos en el valor y monto correspondiente a seguridad Social (Pension, Salud, Arl y parafiscales (cuando aplique), es decir el 40% del valor del contrato

OBSERVACIONES O ACLARACIONES Pago de la cuenta BANCOLOMBIA AHORRO 923-616920-90

ADJUNTAR CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
(CUANDO EL OBJETO DEL CONTRATO ASI LO REQUIERA, DEJAR INFORME COMPLETO EN LA CARPETA UNIDAD DOCUMENTAL OFICINA JURIDICA)

**Original: Archivo Carpeta Oficina Jurídica**
**Copia: Oficina de Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor**

| | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY" | Código. FR-GEJ-15 |
|---|---|---|
| ITBOY | PROCESO | Versión: 1 |
| | GESTION JURIDICA | Pág 1 de 1 |
| | INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA | Fecha de Aprobación: 09-08-2016 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL Y/O INFORME N° | 4 | VALOR INICIAL | 12.270 000 |
| FECHA ACTA Y/O INFORME | 06 NOVIEMBRE DE 2024 | VALOR CON ADICIONES | NA |
| CONTRATO y/o CONVENIO | CO-ITBOY-078 DE 2024 | FECHA DE INICIO | 06 DE AGOSTO DE 2024 |
| CONTRATISTA | KATERINNE SOLER URREA | PLAZO CON ADICIONES | 6 MESES |
| SUPERVISOR/ INTERVENTOR | CINDY LORENA OLARTE JIMÉNEZ | ACTA DE SUSPENSIÓN | NA |
| RUBRO PRESUPUESTAL | 2.3.2.02.02.008.02 | ACTA DE REINICIACIÓN | NA |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 06 DE NOVIEMBRE- 05 DE DICIEMBRE 2024 | FECHA DE TERMINACIÓN | 31 DICIEMBRE DE 2024 |
| OBJETO | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUÍ DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ." ITEM 5.06" | | |

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | | | | | REPORTE SUPERVISOR Y/ INTERVENTOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | ACTIVIDADES PACTADAS | ACTIVIDADES EJECUTADAS | Verificacion de Actividades | | | | Fuente de Verificacion y/o anexos |
| | | | T(1) | P(2) | N(3) | NR(4) | |
| 1 | DIGITACIÒN DE LICENCIAS PLATAFORMA DRIVE | ORGANIZACIÒN Y DIFITACIÒN DE LICENCIAS DE CONDUCCIÒN EN LA PLATAFORMA DRIVE DEL MES DE NOVIEMBRE | x | | | | LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL CD. |
| 2 | RADICACIÒN DE CUENTA | ESCANEAR, ORGANIZACION, DIGITALIZACIÒN Y CARGUE A LA PLATAFROMA DE LA GOBERNACIÒN | x | | | | LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL CD. |
| 3 | ESCANEAR CADA INFORME MENSUAL, SEMANAL Y DIARIO | ACTIVIDAD DE APOYO EN LA AELABORACIÒN DE INFORMES SEMANAL Y MENSUAL DEL MES DE NOVIEMBRE | x | | | | LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL CD. |
| 4 | ORGANIZACIÒN DE TODOS LOS ARCHIVOS | CONTRIBUCIÒN PARA LA ORGANIZACIÒN DE ARCHIVO RNA REQUERIDOS POR LA JEFE DE PUNTO | x | | | | LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL CD. |
| 5 | ACTIVIDAD DE ASEO Y ARCHIVO Y PUNTO DE ATENCIÒN | TENER LIMPIO EL PUNTO DE ATENCIÒN | x | | | | LA EVIDENCIA SE PUEDE VERIFICAR EN EL CD. |

* Adicione filas si es necesario

Anexar planillas pagos Seguridad Social y parafiscales (cuando aplique) o certificacion revisor fiscal (cuando aplique)

| PERIODO DE PAGO (MES) | FECHA DE PAGO | VALOR HONORARIOS $ MENSUALES $ | 40% HONORARIOS MENSUAL (SMMLV $) | APORTES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SALUD | | | PENSIONES | | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | | % | 12,5 | | % | 16 | | % | |
| NOVIEMBRE | 4/11/2024 | $ 2.045.000,00 | $ 1.300.000,00 | VALOR ($) | $ 162.700,000 | | VALOR ($) | $ 208 200,000 | | VALOR ($) | $ 6.900,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO | | | | | | $ | 377.800,00 |
| | | VALOR PAGADO EN PLANILLA | | VALOR ($) | | | VALOR ($) | | | VALOR ($) | |
| | | | | VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO | | | | | | $377.800,00 | |

* Transcriba en su totalidad, las definidas en los estudios previos

** Esta casilla debe ser diligenciada por el supervisor, previa verificación de los documentos o archivos magnéticos soporte del cumplimiento de la actividad

(1) Se cumplio en su **totalidad** la actividad definida

(2) Se cumplió **parcialmente** la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes

(3) Fue requenda la actividad, pero no **se evidenció su realizacion en** el periodo

(4) **No fue** requerida para el periodo, luego no aplica reporte

**KATERINNE SOLER URREA**
FIRMA CONTRATISTA

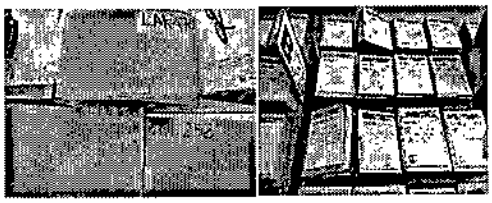
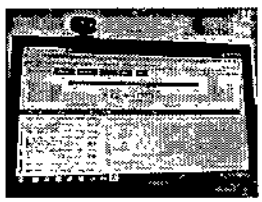
**CINDY LORENA OLARTE JIMENEZ**
FIRMA SUPERVISOR

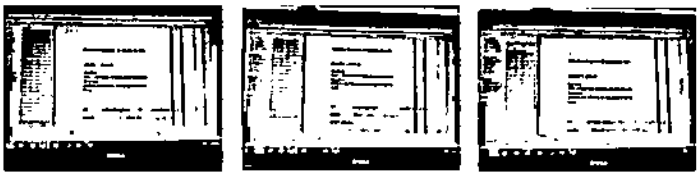
*Adicione firmas si es necesario

En Ramiriquí a los 6 días del mes de diciembre de 2024, al suscrito supervisor Cindy Lorena Olarte Jiménez, rindo el presente informe de evaluaciones parcial de ejecución del contrato que se describe a continuación: por el suscrito katerinne Soler Urrea quien lleva actividades de apoyo en el área de archivo del instituto de tránsito de Ramiriquí.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONVENIO | | CONTRATO | X | TIPO | PRESTACION DE SERVICIOS | | |
| No. DEL CONTRATO | | ITBOY-078 DE 2024 | | FECHA | AÑO | MES | DIA |
| | | | | | 2024 | 08 | 06 |
| OBJETIVO | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUÍ DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ." ITEM 5.06". | | | | | | |
| VALOR | 12.270.000 | | PLAZO | 6 MESES | | | |

| AVANCE DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| DURACION TOTAL | | PERIODO INFORME | |
| INICIO (AA/MM/DD) | FIN (AA/MM/DD) | INICIO (AA/MM/DD) | FIN (AA/MM/DD) |
| 2024-08-06 | 2024-12-31 | 2024-08-06 | 2024/ 11/06 |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | EJECUCION DE ACTIVIDADES |
|---|---|
| 1) RADICADO DE CUENTA | 1- Escanear, organización, digitalización y cargue a la plataforma de la gobernación de más de 70 carpetas para ingreso y posterior pago de impuestos de vehículos particulares ante la gobernación de Boyacá   |

| | |
|---|---|
| 2) DIGITACION DE LICENCIAS A LA PLATAFORMA DRIVE | Organización en físico de licencias de conducción 100 licencias de conducción correspondientes al mes de noviembre de la presente anualidad Se procedió a foliar cronológicamente, organizar en cajas de archivo.<br>  |
| 3) ESCANEAR CADA INFORME DIARIO, SEMANAL Y MENSUAL. | Teniendo en cuenta que el jefe de punto debe reportar en físico los informes correspondientes al informe diario, semanal y mensual del mes de noviembre, se procedió a contribuir con la organización de recibo de caja, sacando copia de los Boucher de pago, se distribuyó cada recibo conforme al día de su aprobación, posteriormente se escanearon los informes y se adjuntaron en archivo masivo para el posterior envió a tesorería de la sede administrativa del ITBOY.<br>  |

| | |
|---|---|
| 4) ORGANIZACIÓN DE TODOS LOS ARCHIVOS | Una vez la jefa de punto realiza un trámite de RNA se procede a organizar la carpeta, teniendo en cuenta el tipo de tramite realizado (traspaso, radicado de cuenta, cambio de motor, cambio de color, duplicado de placas y licencia, levantamiento de prenda entre otros) se separa los que deben ser reportados a la gobernación, los demás son archivados en su caja de origen.  |

| | |
|---|---|
| 5) ACTIVIDAD DE ASEO Y ARCHIVO EN PUNTO DE ATENCION | Se mantiene aseado el archivo del punto de atención con lo que tiene que ver con cajas, carpetas, licencias, se procede a barrer, trapear y limpiar estantes y mueblería del mismo.  |

KATERINNE SOLER URREA

Tunja, 06 de Diciembre de 2024

Señores
**INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACA-ITBOY-** Ciudad

**Ref. Retención en la fuente aplicable a honorarios y Compensación por servicios** cuenta **No.**1 CD- ITBOY 078 de 2024, cuyo objeto es la "PRESTACIÓN DE **SERVICIOS** COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUí DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ." ITEM 5.06".

**KATERINNE SOLER URREA,** identificada como aparece al pie de mi firma, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 2277/2022, en lo concerniente a la aplicación de la retención en la fuente, se solicita que la misma se aplique de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, para los fines pertinentes.

Igualmente, informo que los siguientes datos corresponden al pago de la seguridad social del mes de NOVIEMBRE, las cuales se liquidaron sobre un IBC de **MILLON TRECIENTOS MIL M/CTE ($ 1'300.000)**

| CONCEPTO | MES NOVIEMBRE |
|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | **4576798389** |
| **VALOR PAGADO POR PENSIÓN** | $208.200 |
| **VALOR PAGADO POR SALUD** | $162.700 |
| **VALOR PAGADO ARL** | $ 6.900 |
| **TOTAL, VALOR PLANILLA** | **$377.800** |

Atentamente,

**KATERINNE SOLER URREA**
C.C. No. 1.012.414.311 de Bogotá

Tunja, 06 de diciembre de 2024

Señores
**INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ**
Ciudad

**REFERENCIA: CERTIFICACIÓN APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES AÑO 2024 CUENTA No 1 CONTRATO CD – ITBOY – 078 DE 2024**

KATERINNE SOLER URREA, identificado con cédula de ciudadanía número 1.012.414.311, dando cumplimiento a lo dispuesto con lo estipulado en los Decretos 2271/2009 y 129/2010, **CERTIFICO:**

1. Que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y Riesgos Profesionales) del mes de NOVIEMBRE de 2024, CORRESPODEN únicamente a los ingresos provenientes del Contrato No. 078 de 2024, CUYO OBJETO ES: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DE RAMIRIQUí DEL INSTITUTO DE TRÁNSITO DE BOYACÁ, EN CUMPLIMIENTO DEL
PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO EN SEGURIDAD VIAL PARA PROTEGER LA VIDA DE LOS ACTORES VIALES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ." ITEM 5.06"., suscrito con el Instituto de Transito de Boyacá, materia del pago sujeto a Retención.
2. Que para efectos de retención en la fuente de acuerdo con el Artículo 388 del Estatuto Tributario adicionado por el Articulo 18 de la Ley 1819 de 2016; en lo que compete a número de empleados, NO tengo dos (2) o más empleados a mi cargo. (Si su respuesta es sí, anexar los soportes de las planillas de seguridad social de los empleados).
3. Que NO Estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta por el año gravable 2023.
4. Que en los términos del Artículo 499 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 195 de la Ley 1819 de 2016 NO OBLIGADO A FACTURAR IVA
5. **Que en la actualidad NO tengo suscrito Otro contrato de Prestación de Servicios con la entidad Pública:** cuyo objeto es: NO. de Contrato de 2024

**Que conforme a lo anterior la última planilla de pago de seguridad social es la No. 891.801.069 y corresponde a la ejecución del contrato CD – ITBOY -078 DE 2024 como obligación de pago del mes NOVIEMBRE del año 2024.**

La anterior certificación la adjunto con el propósito de ser tenida en cuenta en el momento del pago para efectos de la deducción de la Base de retención en la fuente y la aplicación del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013 y en el artículo 387 parágrafo 2 numerales 1 al 5 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

**NOMBRE DEL CONTRATISTA**
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. No. 1.012.414.311

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1012414311 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | KATERINNE SOLER URREA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RAMIRIQUI | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | RAMIRIQUI | TELÉFONO: | 7327542 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4576798389 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 1 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/12/05 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9980959465 |

### 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 | $ 208.200 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 208.200 |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | $ 162.700 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 162.700 |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.900 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 6.900 |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 377.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 377.800** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | KATERINNE SOLER URREA |
| CIUDAD/MUNICIPIO | RAMIRIQUÍ | DEPARTAMENTO | BOYACÁ |
| DIRECCIÓN | RAMIRIQUÍ | TELÉFONO | [illegible] |
| TIPO APORTANTE: | INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | [illegible] | TIPO DE PLANILLA | INDEPENDIENTES |
| PERÍODO COTIZACIÓN OTROS | MES [illegible] AÑO 2024 | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | MES [illegible] AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA | 1 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | [illegible] | NÚMERO AUTORIZACIÓN | [illegible] |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] COLPENSIONES | 1 | $ [illegible] | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] | $ [illegible] | $ [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ [illegible] | $ [illegible] | $ [illegible] |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | NUEVA EPS CM | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.5[illegible] | $ 0 | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | $ [illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ARP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ [illegible] | $ [illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | $ [illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ [illegible] |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC [illegible] | SOLER URREA KATERINNE | INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO |

NOVEDADES: ING, RET, [illegible], VSP, VST, SLN, COM, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP (sin marcar)

SEGURIDAD SOCIAL

| PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS COTIZADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | [illegible] | 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ [illegible] |

| SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| NUEVA EPS CM | [illegible] | 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

| ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | [illegible] | 1.300.000 | [illegible] | $ [illegible] |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MEN TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| TOTAL | $ 377.800 |

Planilla Pagada