26 - Dic.

NOMBRE: **DIANA ISABEL GARCIA MARIN**
Ocupación: Contratista
Dirección: Cl 10 N° 08-29
Teléfono: 3128533980
Documento Equivalente a Factura (artículo 3 Decreto 522 de marzo 7 de 2003)

Diciembre 26 de 2024

CUENTA DE COBRO N: 6

EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA

CON NIT 800.022.791-4

DEBE A:

DIANA ISABEL GARCIA MARIN, con cédula de Ciudadanía Nº **1.047.391.931**, por prestar los servicios contemplados en el contrato Nº 070 del 22 de junio de 2024, cuyo objeto es: "APOYAR PROCESOS DE PARTICIPACION EFECTIVA EN LA UNIDAD DE VICTIMAS DE LA ALCALDIA MUNICIPAL; Y EJERCICIO DE DERECHOS A PERSONAS DESPLAZADAS PARA DETERMINAR SU SITUACION DE VULNERABILIDAD".

Dichos valores comprometidos en los rubros presupuestales N°:

- 2.3.2.02.02.009

- Disponibilidad presupuestal. 00252 del 01/06/2024
- Compromiso presupuestal: 00289 del 22/06/2024

Se realizará desembolso por la suma de **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS M/L ($1.733.216),** por los servicios prestados del 01 al 26 de diciembre de 2024, de acuerdo a lo pactado en el objeto contractual.

Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No 325-676116-71

Diana Garcia.

DIANA ISABEL GARCIA MARIN
C.C 1.047.391.931
Correo: aux.alcalde@sanfrancisco-antioquia.gov.co

Municipio de San Francisco
Administración Municipal
ARCHIVO
Fecha: 26/12/2024
No. de Consecutivo: 1578
Firma de Recibido:

San Francisco Antioquia	**REPÚBLICA DE COLOMBIA** **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA** **ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN FRANCISCO** **NIT:800022791-4**		**Código:** S-G 110-06 Versión: 4
	Proceso	Gestión Contractual	**Fecha de actualización:** 17/03/2021
	Formato	Acta de supervisión y autorización de pagos al contratista	

Informe No: 06	Fecha:26 de diciembre de 2024
SUPERVISOR:	**CARGO**
YOO NALINSSON ALVAREZ ESCUDERO	Secretario de Gobierno, Educación y Servicios Administrativos

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	DIANA ISABEL GARCIA MARIN
NIT Y/O C.C:	**REPRESENTANTE LEGAL**
1.047.391.931	Diana Isabel Garcia Marin

INFORMACION DEL CONTRATO

# DEL CONTRATO	70	FECHA DE SUSCRIPCION	22/06/2024
FECHA DE INICIO	22/06/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	26/12/2024
PRORROGA		VALOR DEL CONTRATO	12.333.210
VALOR ADICONADO		VALOR ANTICIPO	

OBJETO DEL CONTRATO

APOYAR PROCESOS DE PARTICIPACION EFECTIVA EN LA UNIDAD DE VICTIMAS DE LA ALCALDIA MUNICIPAL; Y EJERCICIO DE DERECHOS A PERSONAS DESPLAZADAS PARA DETERMINAR SU SITUACION DE VULNERABILIDAD"

ACTIVIDADES EJECUTADAS

1. Apoyar las acciones necesarias en las entidades que conforman el sistema nacional de atención y reparación integral a las víctimas para la implementación y ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas en el marco del posconflicto. 2. Generar espacios de respuesta y orientación de los programas y procedimientos de atención a víctimas y posconflicto, de forma adecuada y respetuosa atendiendo a todas las obligaciones fruto del contrato a celebrar. 3. Apoyar la implementación de acciones y actividades relacionadas al posconflicto y construcción de la paz territorial realizadas en municipio de San Francisco 4. Apoyar el efectivo ejercicio de derechos de la población víctima, promover procesos de participación de las víctimas en dicho ejercicio de derechos en el municipio de San Francisco-Antioquia 5. Prestar servicios de apoyo a las jornadas relacionadas con la población víctima del conflicto del municipio de San Francisco y demás que seas asignadas por la Secretaría competente 6. Contar con la disponibilidad de los equipos tecnológicos que le permitan prestar sus servicios desde su hogar, en caso de ser necesario, en el marco de la emergencia sanitaria. 7. Entregar la identificación y distintivo entregado por la entidad contratante al finalizar las actividades contratadas. 8. Apoyo en la elaboración de certificados, solicitud de ayudas humanitarias y atención a quejas y reclamos en pro de los derechos y reparación integral de las víctimas del municipio de San Francisco-Antioquia. 9.Presentar un informe durante la vigencia del contrato, mes a mes, de cada una de las actividades de este contrato 10. Presentar al supervisor constancia de pago mensual al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 723 de 2013, para lo cual debe conocer, tener y usar los equipos y elementos de seguridad necesarios para ejercer su actividad contractual. 11. Reportar cualquier anomalía o dificultas que se presente con la actividad para la que está contratado de forma inmediata, al supervisor del contrato.12. Las demás que le sean asignadas por su supervisor.

CONCEPTO DEL SUPERVISOR

EJECUCIÓN TÉCNICA:

El contratista ejecuto el objeto contractual de acuerdo a lo pactado en los estudios previos.

El contratista ha tenido seguimiento de sus obligaciones y ha cumplido en todos los aspectos

El contratista ha cumplido con la fecha de entrega de informes pactado por la Administración Municipal

EJECUCIÓN FINANCIERA:	100,00%	**VALOR COMPROMISO**	12.333.210
VALOR EJECUTADO	12.333.210	**POR EJECUTAR**	0

DETALLE DE FACTURA		DETALLE PAGOS	VALOR PAGO	OBSERVACION
1	2.599.994	C E # 572 01/08/2024	2.599.994	
2	2.000.000	C E # 683 02/09/2024	2.000.000	
3	2.000.000	C E # 817 01/10/2024	2.000.000	
4	2.000.000	C E # 941 01/11/2024	2.000.000	
5	2.000.000	C E # 1086 02/12/2024	2.000.000	
6	1.733.216			
TOTAL	12.333.210	TOTAL	10.599.994	

El contrato se encuentra vigente y está acorde al requerimiento de los estudios previos, el contratista no ha incurrido en presunto incumplimiento del contractual. Se cumplió con el objeto hasta la fecha del presente informe.

ANEXOS

Cuenta de cobro número:	6	Informe Técnico:	Del 01 al 26 de diciembre de 2024
Planilla de Seguridad social #:	Nov: 7947663954 Dic: 7952145481	Acta de Inicio y contrato:	si del 22/06/2024
Disponibilidad Presupuestal #	252	Registro Presupuestal #	289
Nombre Rubro Presupuestal	Servicios para la comunidad, Sociales y Personales.	Rubro Presupuestal	2.3.2.02.02.009

El contratista ha cumplido a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y las obligaciones contratadas durante el período presentado, por lo tanto se autoriza el sexto y ultimo pago que corresponde al periodo del 01 al 26 de diciembre de 2024 por valor de 1,733,216. Lo anterior para una ejecución del 100 %

OBSERVACIONES

YOO NALINSSON ALVAREZ ESCUDERO

SUPERVISOR DEL CONTRATO:

Elaboró: Equipo MECI-Calidad		**Revisó y Aprobó:** Lina María López	

N° de Contrato: 070 Fecha del Contrato: 22 DE JUNIO 2024

Contratista: DIANA ISABEL GARCIA MARIN	**NIT/CC 1047391931**

Objeto del Contrato: APOYAR PROCESOS DE PARTICIPACION EFECTIVA EN LA UNIDAD DE VICTIMAS DE LA ALCALDIA MUNICIPAL; Y EJERCICIO DE DERECHOS A PERSONAS DESPLAZADAS PARA DETERMINAR SU SITUACION DE VULNERABILIDAD".

Periodo a Informar: Del 01 al 26 de diciembre de 2024

Actividad 1: Apoyar las acciones necesarias en las entidades que conforman el sistema nacional de atención y reparación integral a las víctimas para la implementación y ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas en el marco del posconflicto

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Durante el periodo informado se atendió integralmente a la comunidad víctima del municipio que requería realizar algún trámite, se les oriento sobre los canales de atención y horarios de las oficinas para dicha atención, con el fin de brindarle información a la población sobre las indemnizaciones, encargos fiduciarios, libreta militar y demás requerimientos de la comunidad en respecto a cada uno de los procesos.	Población en general	Registro fotográfico Registro Planillas de asistencia

Actividad 2: Generar espacios de respuesta y orientación de los programas y procedimientos de atención a víctimas y posconflicto, de forma adecuada y respetuosa atendiendo a todas las obligaciones fruto del contrato a celebrar.

Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	se atendió y se orientó a la comunidad en general, se realizó procesos de novedades y modificaciones de registro en la conformación de los núcleos familiares, y verificación del estado de indemnizaciones.	Población en General	Registro Planillas de asistencia

Actividad 3: Apoyar la implementación de acciones y actividades relacionadas al posconflicto y construcción de la paz territorial realizadas en municipio de San Francisco

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024	Se apoyo a la coordinación de víctimas del municipio de San Francisco en actividades relacionadas al posconflicto y construcción de la paz territorial.	Población en General	Registro Planillas de asistencia

Alcaldía Municipal			

Actividad 4: Apoyar el efectivo ejercicio de derechos de la población víctima, promover procesos de participación de las víctimas en dicho ejercicio de derechos en el municipio de San Francisco-Antioquia.

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Se apoya en las actividades Para el fortalecimiento y ejercicio de derechos de la población víctima, promover procesos de participación de las víctimas en dicho ejercicio de derechos, de esta manera dar cumplimiento en el marco del mes de noviembre y que se les garantice la atención desde la oficina de Atención a Población Víctima del Conflicto Armado.	N/A	**Planillas de Asistencia**

Actividad 5: Prestar servicios de apoyo a las jornadas relacionadas con la población víctima del conflicto del municipio de San Francisco y demás que seas asignadas por la Secretaría competente.

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Se apoyo en la entrega de notificaciones q envió desde prosperidad social.	60	Registro fotográfico Planillas de asistencia

Actividad 6: Contar con la disponibilidad de los equipos tecnológicos que le permitan prestar sus servicios desde su hogar, en caso de ser necesario, en el marco de la emergencia sanitaria.

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Se cuenta con equipos tecnológicos para prestar atención, asesoría y orientación a las personas que así lo requieran, también se cuenta con los canales virtuales, donde las víctimas, pueden adelantar temas de: seguimiento a procesos de indemnización, ayudas humanitarias, entrevista de	N/A	N/A

	caracterización, priorizaciones o solicitud de desembolso para para las personas en condición de discapacidad, con encargos constituidos por parte de la unidad para las víctimas. Así mismo, en el caso de necesitar adjuntar documentación, se les brinda la posibilidad de hacer llegar, dentro de un tiempo determinado, la documentación a la alcaldía municipal para cargarlas a las plataformas correspondientes.		

Actividad 7: Entregar la identificación y distintivo entregado por la entidad contratante al finalizar las actividades contratadas,

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Siempre se tiene presente que al momento de finalizar las actividades contratadas se debe entregar el carnet de identificación y distintivo entregado por la entidad contratante.	N/A	N/A

Actividad 8: Apoyo en la elaboración de certificados, solicitud de ayudas humanitarias y atención a quejas y reclamos en pro de los derechos y reparación integral de las víctimas del municipio de San Francisco-Antioquia.

Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Se apoyo en la elaboración de certificados, solicitud de ayudas humanitarias y atención a quejas y reclamos durante todo el periodo informado, en pro de los derechos y reparación integral de las víctimas del municipio de San Francisco-Antioquia.	25	Registro fotográfico Asistencia

Actividad 9: Presentar un informe durante la vigencia del contrato, mes a mes, de cada una de las actividades de este contrato

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024	Para el cumplimiento de esta actividad se realiza el presente informe y se entrega al supervisor del contrato.	N/A	Informe de actividades

Alcaldía Municipal			

Actividad 10: Presentar al supervisor constancia de pago mensual al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 723 de 2013, para lo cual debe conocer, tener y usar los equipos y elementos de seguridad necesarios para ejercer su actividad contractual.

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Se presenta mes a mes el soporte de pago al sistema de seguridad social en salud, se cumplen las normas y seguridad y salud en el trabajo, se suministra información completa sobre el estado de salud, se participa de la programación del SEG-SST, Se desarrollan prácticas seguras en el trabajo y se informa al supervisor de posibles riesgos o peligros en el trabajo.	N/A	Soporte de pago mensual al sistema de seguridad social en salud y pensión

Actividad 11: Reportar cualquier anomalía o dificultas que se presente con la actividad para la que está contratado de forma inmediata, al supervisor del contrato

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Para este periodo no se presentaron anomalías ni dificultades en el desarrollo de las actividades para la que está contratado de forma inmediata, al supervisor del contrato.	N/A	N/A

Actividad 12: Las demás que le sean asignadas por su supervisor

Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas Intervenidas**	**Evidencia**
Del 01 al 26 de diciembre de 2024 Alcaldía Municipal	Durante el periodo informado se apoyo a la secretaría de Gobierno en la elaboración de acta de liquidación de los contratos que han terminado.	N/A	N/A

Diana Correa

Firma del Contratista
Interventor

Yoo N.ME.

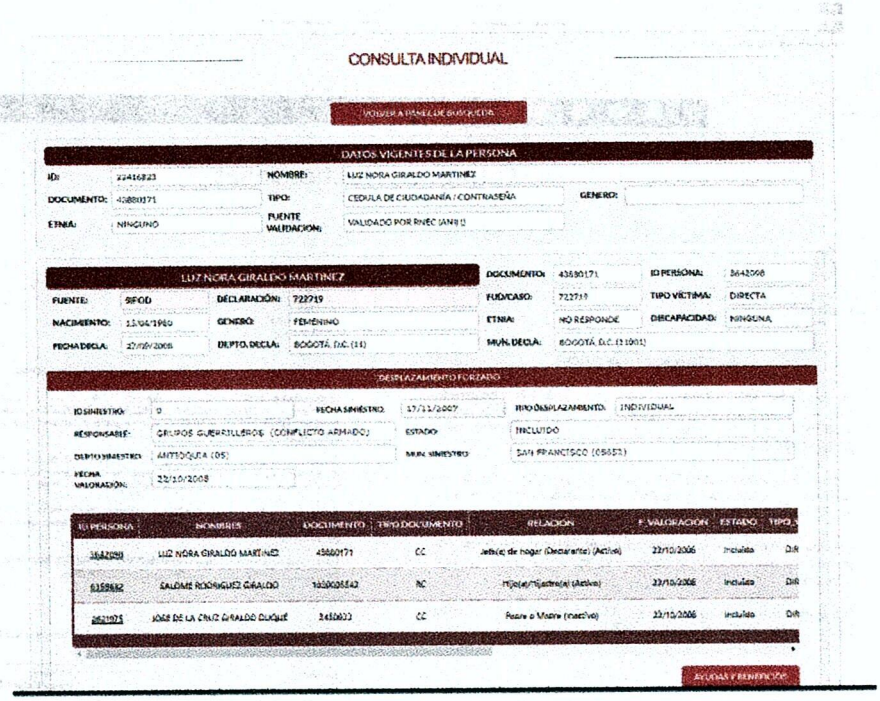
Firma del Supervisor y/o

Anexos:

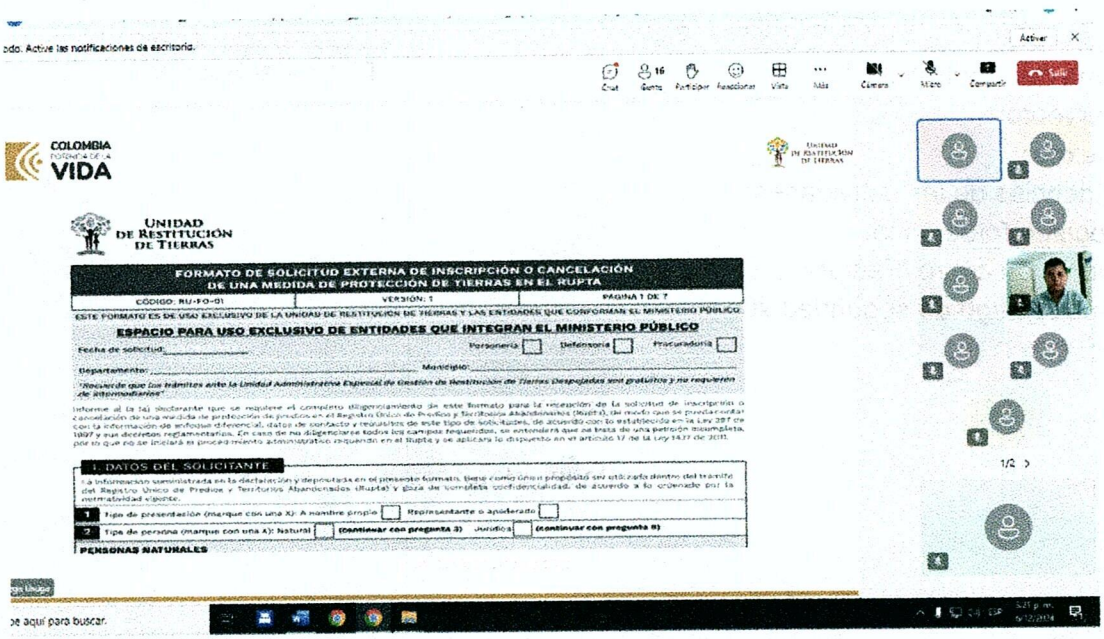
Evidencias de las actividades:
Registro fotográfico
Cuenta de cobro /Factura
Soporte pago de seguridad social

EVIDENCIAS

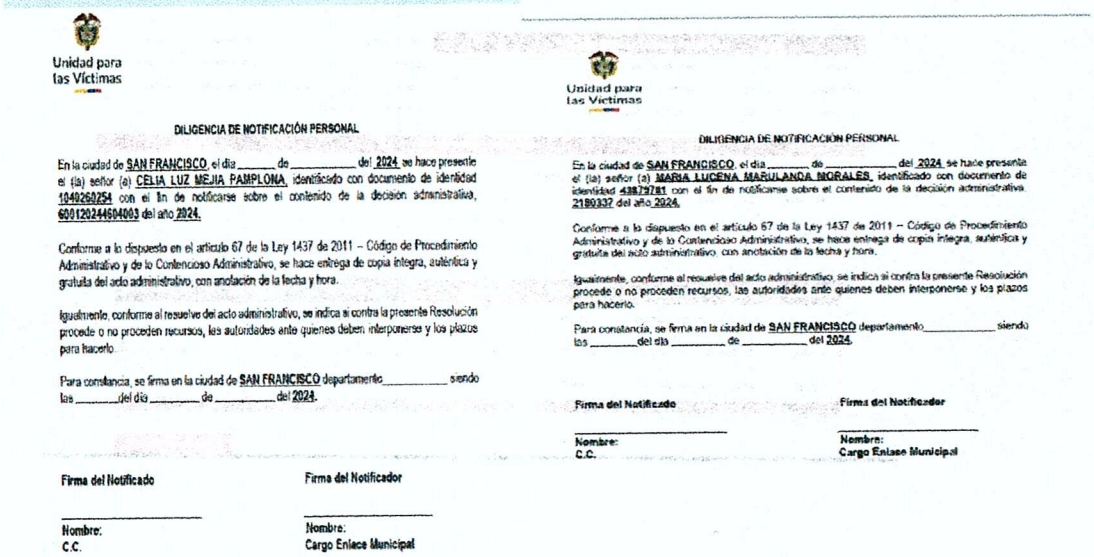
Consulta en plataforma



Reunión Virtual- formatos Restitución de Tierras



Entrega de Notificaciones



Unidad para las Víctimas

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL

En la ciudad de **SAN FRANCISCO**, el día _____ de _____ del **2024**, se hace presente el (la) señor (a) **CELIA LUZ MEJIA PAMPLONA**, identificado con documento de identidad **1040260254** con el fin de notificarse sobre el contenido de la decisión administrativa, **600120244604003** del año **2024.**

Conforme a lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se hace entrega de copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo, con anotación de la fecha y hora.

Igualmente, conforme al resuelve del acto administrativo, se indica si contra la presente Resolución procede o no proceden recursos, las autoridades ante quienes deben interponerse y los plazos para hacerlo.

Para constancia, se firma en la ciudad de **SAN FRANCISCO** departamento_____ siendo las _____del día _____ de _____ del **2024.**

Firma del Notificado

Nombre:
C.C.

Firma del Notificador

Nombre:
Cargo Enlace Municipal

Unidad para las Víctimas

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL

En la ciudad de **SAN FRANCISCO**, el día _____ de _____ del **2024**, se hace presente el (la) señor (a) **MARIA LUCENA MARULANDA MORALES**, identificado con documento de identidad **43879781** con el fin de notificarse sobre el contenido de la decisión administrativa **21B0337** del año **2024.**

Conforme a lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se hace entrega de copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo, con anotación de la fecha y hora.

Igualmente, conforme al resuelve del acto administrativo, se indica si contra la presente Resolución procede o no proceden recursos, las autoridades ante quienes deben interponerse y los plazos para hacerlo.

Para constancia, se firma en la ciudad de **SAN FRANCISCO** departamento_____ siendo las _____del día _____ de _____ del **2024.**

Firma del Notificado

Nombre:
C.C.

Firma del Notificador

Nombre:
Cargo Enlace Municipal





LISTADOS DE ASISTENCIA

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO	FORMATO DE ASISTENCIA DIA 11 MES 12 AÑO 2024	CODIGO	
		VERSION	01
		FECHA	10/03/2016
		PAGINAS	1 de 1

Responsable:	Lugar: Alcaldía	Hora:	Hoja No.

Objeto de la Reunión: ATENCION USUARIOS

No.	Nombres y Apellidos	Identificación	Entidad/ Vereda	Cargo/ Ocupación	Teléfono	FIRMA	Sexo *	TP **
1	Oscar Gonzalez	71381990	Guacalee	Oficio B.	3142869738	Oscar Gonzalez		
2	Teresa Souza	21664666	El Pago		3104316427	Teresa Souza		
3	Eleodora Diaz Perez	35604267	Boqueron		3113644978	eleodoradiaz		
4	Alejandro Alzate	3451349	San Isidro	3				
5	Gloria Garcia	43464319	El Salmar		3178723812	Gloria Garcia G.		
6	Diedad Giraldo	32390184	La Manuela		3146687052	M. I. G. R.		
7	Rosa Maria Daza	42979259	San Fco		3177916744	ROSA Mª Daza C.		
8	Berto Argiro Quintero	70.160944	Monaveta		3122949098	BERTO		
9	Cesar Agosto Quintero	70165220	San Isidro		3192901526	C.E.S. CLV		
10	Gerardo Giraldo	3451486	San Isidro	3				

* Sexo: M/F ** Tipo de Población: A) Desplazado B) Retornado C) Vulnerable D) Discapacitado E) Etnias F) Otras

Elaboró: Equipo MECI-Calidad | Revisó y aprobó: ANA MILENA MERY REAL

Nota: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, cuando Usted diligencia el presente formato autoriza que sus datos personales se incluyan en nuestra base de datos, que los mismos sean usados para difusión de información, de contacto y en general, para hacer posible el cumplimiento de nuestro objeto social. De igual manera, autoriza de manera expresa a la Administración municipal de San Francisco, para que dentro de los términos legales establecidos, pueda almacenar, validar, consultar, verificar y administrar los datos suministrados o publicar las fotografías de las cuales haga parte, que serán utilizados para cualquier proceso asociado a la administración municipal. Usted tiene la posibilidad de solicitar expresamente, su corrección, actualización o supresión, dirigiendo una comunicación escrita

Parque Principal, Calle 11 9-61 PBX (57) (4) 832 32 36 - Fax: 832 32 37
WEB: www.sanfrancisco-antioquia.gov.co Email: contactenos@sanfrancisco-antioquia.gov.co

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO

FORMATO DE ASISTENCIA

DIA 07 MES 12 AÑO 2024

CODIGO	
VERSION	03
FECHA	14/08/2024
PAGINAS	1 de 1

Responsable: Diana Correa **Lugar:** ALCALDIA SAN FRANCISCO **Hora:** **Hoja No.**

Objeto de la Reunión: ATENCION A LA COMUNIDAD.

No	Nombres y Apellidos	Identificación	Telefono	Entidad/ Vereda	Cargo/ Ocupación	FIRMA
1	Yeraldin Martinez G	1040261963	3141633114	Ebanistaria		Yeraldin M.
2	Luz Miriam Gallego	43880090	3206427955	Manicurista		
3	Uber H Correa A	71381599	3216339	Ama de casa		U H C
4	Roberto Carvajal	3450826		las Delicias		Roberto Carvajal
5	Tatiana Giraldo C	1041665447	3207	las Delicias		Tatiana Giraldo Carvajal
6	Sonia Carvajal	1040761858	3223	las delicias		Sonia C. H
7	Soneida Carvajal	1040260540	3228833	Comercio		Soneida Carvajal
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO

FORMATO DE ASISTENCIA

DIA 14 MES 12 AÑO 2024

CODIGO	
VERSION	01
FECHA	10/03/2016
PAGINAS	1 de 1

Responsable: **Lugar:** Alcaldia Municipal **Hora:** **Hoja No.**

Objeto de la Reunión: Atencion a poblacion Victima.

No	Nombres y Apellidos	Identificación	Entidad/ Vereda	Cargo/ Ocupación	Teléfono	FIRMA	Sexo *	TP **
1	Marta Helena Q.	21665168	Mz Auxiliadora		3116562649	Martha Quintero		
2	Alvio Cano.	70465398	Santa Cruz		3157192249	Alvio Cano		
3	Dilia Caviria	21665015	la Inmaculada		3022244093	Dilia Caviria		
4	Nancy Gallego	43880176	El Paujil		3127114097	Nancy Gallego		
5	Celmira Marin	21664636	S. Hospital		3148073169			
6	Rosa Elena Correa	21664318	la Maravilla		3224526849	Rosa Correa		
7	Carlos Atehortua.	3450651	Mz Auxiliadora		3157999356			
8								
9								
10								

* Sexo: M/F ** Tipo de Poblacion: A) Desplazada B) Retornada C) Vulnerable D) Discapacitada E) Etnias F) Otras

Elaboró: Equipo MECI-Calidad Revisó y aprobó: ANA MILENA MERY REAL

Nota: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, cuando Usted diligencia el presente formato autoriza que sus datos personales se incluyan en nuestra base de datos, que los mismos sean usados para difusión de información, de contacto y en general, para hacer posible el cumplimiento de nuestro objeto social. De igual manera, autoriza de manera expresa a la Administración municipal de San Francisco, para que dentro de los términos legales establecidos, pueda almacenar, validar, consultar, verificar y administrar los datos suministrados o publicar las fotografías de las cuales haga parte, que serán utilizados para cualquier proceso asociado a la administracion municipal. Usted tiene la posibilidad de solicitar expresamente, su corrección, actualización o supresión, dirigiendo una comunicación escrita

Certificado
Bancario

Viernes, 14 de junio de 2024

Señor(a)
ALCALDIA DE SAN FRANCISCO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA ISABEL GARCIA MARIN identificado(a) con CC 1047391931, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	32567611671	2024/05/17	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047391931
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ISABEL GARCIA MARIN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN FRANCISCO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CLL 10 # 09-72	TELÉFONO:	3128533
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	17 - BANCOLOMBIA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7947663954	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1105194591

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	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1047391931	GARCIA MARIN DIANA ISABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000	104739193	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047391931
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ISABEL GARCIA MARIN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN FRANCISCO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CLL 10 # 09-72	TELÉFONO:	3128533
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	17 - BANCOLOMBIA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7952145481	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1105206192

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	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.300	$ 0	$ 180.300
SUBTOTALES:										**$ 180.300**	**$ 0**	**$ 180.300**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.900	$ 0	$ 0	$ 140.900
SUBTOTALES:													**$ 140.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 140.900**

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
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.900	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 5.900
SUBTOTALES:									**$ 5.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.900**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1047391931	GARCIA MARIN DIANA ISABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO	26																	230301-PORVENIR	26	$ 1.126.667	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 180.300	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.126.667	$ 140.900	$ 0	$ 140.900	14-25-COLMENA	26	$ 1.126.667	104739193	$ 5.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 327.100

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

San Francisco-Antioquia diciembre 26 del 2024.

Señora
PAULA ANDREA NAVA VILLEGAS
Secretaria de Hacienda
Municipio de San Francisco

ASUNTO: Declaración juramentada para disminuir la base gravable de las retenciones en la fuente por renta.

Yo, DIANA ISABEL GARCIA MARIN identificad@ con cedula de ciudadanía N° 1.047.391.931 expedida en Cartagena, Bolívar, de profesión Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina (código CIIU 8211), manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Con el objeto de aplicar para lo dispuestos en el Art. 388. Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente que:

	SI	**NO**
En el año anterior o en el año en curso obtuve ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT. (UVT 2024 $47.100 = $164.850.000)	X	
He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.		X

Atentamente,

Diana Garcia

DIANA ISABEL GARCIA MARIN
Cédula: 1.047.391.931
Celular: 3128533980
Email: dianaisabel2629@gmail.com
Dirección: María Auxiliadora