DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	03

Fecha de elaboración del reconocimiento:	19/12/2024	Periodo de Pago:	Del	19/11/2024	Al	18/12/2024	
Contrato No. y Fecha:	1880 del 18/09/2024						
Contratista:	LAUREANO GARCIA PARRADO				c.c. o Nit.	86.072.959	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	3	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Cuatro millones doscientos cuarenta mil pesos m/cte. ($4.240.000)**

Cordialmente,

Nombre:	Juan Manuel González Charry	Nombre:	Omar Javier Martinez Machado
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Secretario de Ambiente
	Supervisor		Ordenador del Gasto

19 DIC

Secop
10182
19/DIC/24

19 DIC 2024

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD
GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS
DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

CONSERVACIÓN DE ÁREAS DE RECARGA HÍDRICA A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES EN EL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500191**

Observaciones: Ajustado por decreto 367 del 2024.

En la fecha 28 de agosto de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE AMBIENTE*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***El Gobierno de la Unidad 2024-2027***":

PILAR 2. EMPLEO, EMPRENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD. 2.1 EJE ESTRATÉGICO META COMPETITIVO, PRODUCTIVO Y GENERADOR DE EMPLEO. 2.1.5 LÍNEA ESTRATÉGICA PLANEACIÓN AMBIENTAL..	2.1.5.3 PROGRAMA BIODIVERSIDAD, CONSERVACIÓN Y GESTIÓN SOSTENIBLE DEL AGUA..	2.1.5.3.1 Subprograma Programa de Pago por Servicios Ambientales	Sector 32 - Ambiente y desarrollo sostenible..	Meta 21053013202. Desarrollar 20 esquemas de pago por servicios ambientales en la modalidad de abastecimiento y recarga hídrica.

1.Actividad o componente a ejecutar: *Seguimiento y control a los compromisos adquiridos en los acuerdos voluntarios de conservación..*
Objeto del gasto: *Fomentar con las actividades de seguimiento a los predios de los beneficiarios de los acuerdos voluntarios de los esquemas de pago por servicios ambientales (PSA) en el departamento del Meta.*
Valor: $14,840,000.00.
Fuente de Financiación: 10 Recursos del Balance Ley 99 de 1993

Obras o actividades adicionales: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 29 de agosto de 2024

JEIMMY LISSED SOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: RIGOBERTO AGUDELO TURRIAGO

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	1880 del 18 de septiembre del 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Laureano García Parrado	Nit./c.c.	86072959
Representante Legal: (Solo para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Juan Manuel González Chávez	c.c.	17340446
Objeto: (Transcribir del contrato)			
FOMENTAR CON LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LOS PREDIOS DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS ACUERDOS VOLUNTARIOS DE LOS ESQUEMAS DE PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES PSA EN EL DEPARTAMENTO DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	DOCE MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS m/cte ($12.720.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Tres (3) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	19/09/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	18/12/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación Adición (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación	N/A		
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial +/- modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el termino de ejecución y Fecha de Finalización **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: **tres (3) mensualidades vencidas** cada una por un valor de **cuatro millones doscientos cuarenta mil pesos m/cte ($4.240.000)**, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	10930 de 18/09/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2 3 32 3202 0900 010 2 3 2 02 02 009-10RB				
Valor: (Letras y Números)	**Doce millones setecientos veinte mil pesos m/cte ($12.720.000)**				

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO	F-BS-16
		VERSIÓN	05

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.

16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar junto con el personal del proyecto la programación de actividades relacionadas con el objeto del contrato, las cuales deberán quedar establecidas en un plan de trabajo y cronograma con seguimiento permanente.
2. Acompañar las actividades que permitan identificar las áreas de recarga hídrica y determinar los predios y posibles beneficiarios del proyecto junto con las administraciones municipales y el apoyo de las juntas de acción comunal (JAC) y demás actores ambientales locales, realizando las socializaciones con todos ellos y los beneficiarios del esquema de PSA a realizar en cada municipio.
3. Apoyo profesional en el levantamiento, de información base en campo (caracterización técnico-productiva-social-ambiental-predial utilizando los formatos y planillas físicos dispuestos por el proyecto para tal fin de cada uno de los predios ubicados en las áreas ambientalmente estratégicas seleccionadas para PSA por municipio.
4. Realizar la consolidación, validación y organización física (en carpeta por beneficiario según los parámetros de gestión documental) y digital de toda la información recaudada en campo y los documentos exigidos para ser beneficiario de incentivo económico por PSA.
5. Liderar la elaboración de los acuerdos voluntarios de conservación para el proceso de formalización de las familias a vincular al esquema de pago por servicios ambientales.
6. Efectuar las visitas de campo de control y seguimiento utilizando el formato dispuesto, para determinar el cumplimiento de las acciones de conservación estipuladas en los acuerdos voluntarios, de acuerdo con los requerimientos expuestos en el decreto 1007 de 2018 y realizar el informe respectivo con el análisis de lo evidenciado en cada una de las visitas.
7. Acompañamiento permanente a las actividades complementarias impulsadas y desarrolladas por la secretaría de ambiente.

Modificaciones y/o Adiciones:

N/A

Periodo de Pago:	Del	19/11/2024	Al	18/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	3

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**cuatro millones doscientos cuarenta mil pesos m/cte ($4.240.000)**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.			
No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
10930	0301-2.3.32.3202.0900.010.2.3.2.02.02.009-10RB	94900	$4.240.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.240.000**
Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.			

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En los veintinueve (29) Municipios del Departamento del Meta.	
Municipio	**Valor**
EL CALVARIO	$ 1.413.333
EL DORADO	$ 1.413.333
LEJANIAS	$ 1.413.334
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$4.240.000**
Nota: Incluir filas si se requiere. Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago Esta información es para determinar retenciones aplicables a titulo del impuesto de industria y comercio.	

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		**N/A**		**N/A**	
Porcentaje:	N/A	**Observaciones:**	N/A		

Amortización del Anticipo

Concepto	**Valor Facturado**	**% Contrato Facturado**	**Saldo Contrato**	**Amortización Anticipo**	**% Anticipo Amortizado**	**Saldo Anticipo**
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial Final 5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**%** Ejecución Financiera
		Del	**Al**	
PRIMER PAGO	$4.240.000	19/09/2024	18/10/2024	33.3%
SEGUNDO PAGO	$4.240.000	19/10/2024	18/11/2024	33.3%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$4.240.000	19/11/2024	18/12/2024	33.4%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$12.720.000	19/09/2024	18/12/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**%** Ejecución Financiera
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	$12.720.000

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	**Datos**
Periodo Cotizado	**NOVIEMBRE DEL 2024**	**18 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE**
Número de Planilla	**9478949442**	**9478949546**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$2,000,000**	**$1,321,600**
Valor pagado a SALUD	**$250,500**	**$165,200**
Valor pagado a PENSIÓN	**$320,700**	**$211,500**
Valor pagado a ARL	**$21,000**	**$13,800**
Valor pagado a FSP	**N/A**	**N/A**

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO	F-BS-16
		VERSIÓN	05

Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	Si N/A
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, el día DIECINUEVE (19) del mes de diciembre del 2024.

Cordialmente,

JUAN MANUEL GONZÁLEZ CHÁVEZ
Profesional Universitario
Supervisor

CUENTA DE COBRO N°3
LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.148-8

DEBE A:

LAUREANO GARCIA PARRADO
C.C. 86.072.959 DE VILLAVICENCIO (META)

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($4.240.000)

Por concepto correspondiente al **ULTIMO PAGO** comprendido entre el 19 de noviembre de 2024 al 18 de Diciembre del 2024 del contrato de prestación de servicios profesionales No. 1880 del 18 de septiembre del 2024, de acuerdo con el objeto contractual: **FOMENTAR CON LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LOS PREDIOS DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS ACUERDOS VOLUNTARIOS DE LOS ESQUEMAS DE PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES PSA EN EL DEPARTAMENTO DEL META.**

MUNICIPIO	LUGAR	DÍAS LABORADOS	VALOR DÍAS LABORADOS
EL CALVARIO	Área Rural	10	$ 1.413.333
LEJANIAS	Área Rural	10	$ 1.413.333
EL DORADO	Área Rural	10	$ 1.413.334
TOTAL		30	**$4.240.000**

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión correspondiente al mes de **NOVIEMBRE y DICIEMBRE de 2024** no han sido tenidos en cuenta en ningún otro pago.

Se firma en Villavicencio, el día DIECINUEVE (19) del mes de Diciembre de 2024,

Cordialmente,

LAUREANO GARCIA PARRADO
C.C. 86.072.959 DE VILLAVICENCIO (META)
Teléfono 311 4789695

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 86072959		GARCIA PARRADO LAUREANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 45A 178 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	28964385	9478949442	I	2024/12/13	2024/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	3	$592,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$20,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$20,900		$0	$0
1	CC 86072959	GARCIA LAUREANO	25-14	30	$2,000,000	$320,000	CCFC56	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$20,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$20,900		$0	$0

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 86072939		GARCIA PARRADO LAUREANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 45A 178 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	28944385	94789494	I	2024/12/13	2024/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	3	$993,200

RESUMEN DE PAGO

NEGOCIO	CENTRO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS A FAVOR	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$700	$0	$320,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$700	$0	$320,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$100	$0	$21,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,900	$100	$0	$21,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$500	$0	$250,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$250,000	$500	$0	$250,500
[illegible]				1	$590,900	$1,300	$0	$592,200

2024/12/16 04:08 PM

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 1067[illegible]91		GARCIA PARRADO LAUREANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 45A 17B 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	28965312	147891495[illegible]	1	2025/01/16	2024/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$390,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[illegible]																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,321,600	$211,500			$1,321,600	$165,200			$0	$0			$1,321,600	$13,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,321,600	$211,500			$1,321,600	$165,200			$0	$0			$1,321,600	$13,800		$0	$0
1	CC	1067[illegible]91	GARCIA LAUREANO	25-14	18	$1,321,600	$211,500	COPC55	18	$1,321,600	$165,200		D	$0	$0	14-23	18	$1,321,600	$13,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,321,600	$211,500			$1,321,600	$165,200			$0	$0			$1,321,600	$13,800		$0	$0

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 86072939		GARCIA PARRADO LAUREANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 45A 178 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	28965312	947899546	1	2025/01/16	2024/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$390,500

RESUMEN DE PAGO

CONCEPTO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR COTIZADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,500	$0	$0	$211,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$211,500	$0	$0	$211,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$0	$0	$13,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,800	$0	$0	$13,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,200	$0	$0	$165,200
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$165,200	$0	$0	$165,200
TOTAL				1	$390,500	$0	$0	$390,500

2024/12/16 04:11 PM