DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	23/12/2024	Periodo de Pago:	Del	07/12/2024	Al	21/12/2024	
Contrato No. y Fecha:	2520 del 06 de noviembre de 2024						
Contratista:	Angela Natalia Torres Herrera				c.c. o Nit.	1.121.923.219	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	2	

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):	Un millón ochocientos cincuenta y cinco mil pesos m/cte ($1.855.000)

Cordialmente,

Nombre:	Sonia Lizeth Ramos Henao	Nombre:	Leidy Sánchez Loaiza
Cargo:	Gerente de Redes Sociales y Televisión	Cargo:	Secretaría de Comunicaciones
Supervisor		Ordenador del Gasto	

SECOP: 10508
23/12/24

SIA 23 DIC 2024

ARCHIVO GCSJ 20 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:

DESARROLLO DE ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA LA DIVULGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA GESTIÓN DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **202400500234**

Observaciones: proyecto POAI2024- ajustado mediante decreto 367 y 469 de 2024.

En la fecha 18 de octubre de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE COMUNICACIONES*** 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 6. COMPONENE TRANSVERSAL DE GOBIERNO. 6.1 EJE ESTRATÉGICO DESARROLLO TERRITORIAL. 6.1.6 LÍNEA ESTRATÉGICA COMUNICAR A LA COMUNIDAD.	6.1.6.1 PROGRAMA CONFIANZA Y CREDIBILIDAD: RENDICIÓN PERMANENTE DE CUENTAS.	6.1.6.1.1 Subprograma Acceso a la información .	Sector 23 - Tecnologías de la información y las comunicaciones.	Meta 61061012301. Actualizar y ejecutar el plan de comunicaciones para promover las acciones, gestiones, programas y proyectos de la administración departamental y posicionar la imagen positiva del Meta.

1.Actividad o componente a ejecutar: *Fortalecer la producción y difusión de piezas informativas institucionales.*
Objeto del gasto: *Contribuir a la ejecucion del plan de comunicaciones, realizando cubrimiento en las diferentes actividades para elaborar contenido periodistico sobre la gestion y acciones del Gobierno departamental.*
Valor: $6,183,333.00.Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 18 de octubre de 2024

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

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

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

Contrato No. y Fecha:	2520 del 06 de noviembre de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	ANGELA NATALIA TORRES HERRERA	**NIT/C.C.**	1.121.923.219
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	SONIA LIZETH RAMOS HENAO	**C.C.**	1.121.875.916
Objeto: (Transcribir del contrato) **contribuir a la ejecución del plan de comunicaciones realizando cubrimiento en las diferentes actividades para elaborar contenido periodístico sobre la gestión y las acciones del gobierno departamental.**			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Cinco millones quinientos sesenta y cinco mil pesos m/cte ($5.565.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Un (1) mes y Quince (15) días.		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	07/11/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	21/12/2024

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	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	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 término 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: Una (1) mensualidad vencida por valor de Tres millones setecientos diez mil pesos moneda corriente ($3.710.000) y un último pago equivalente a quince (15) días por valor de Un millón ochocientos cincuenta y cinco mil pesos moneda corriente ($1.855.000), 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:	13457 del 07 de noviembre de 2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	0301 - 2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	**Cinco millones quinientos sesenta y cinco mil m/cte ($5.565.000).**				

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	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 la ejecución del contrato. 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 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 la información de la misma 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 Especificas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar el cubrimiento periodístico de los eventos y actividades que permitan recopilar información y registrar material audiovisual sobre la gestión del Gobierno Departamental.
2. Apoyar la preproducción, producción y postproducción de historias, reels, notas informativas y demás formatos audiovisuales destinados a las redes sociales de la Entidad.
3. Apoyar la elaboración de textos para redes sociales y coordinar la creación de piezas de diseño gráfico que transmitan información de interés a la comunidad del departamento sobre los avances realizados por la Gobernación del Meta.
4. Asistir a dos consejos de redacción semanales con el fin de identificar la información a divulgar en los diferentes medios de comunicación de la Gobernación del Meta y determinar las necesidades comunicativas de las fuentes asignadas.

5. Recopilar y organizar información referente a los programas, proyectos, actividades, eventos y acciones emprendidas por la Entidad para la elaboración de boletines informativos semanales. 6. Programar entrevistas con los medios de comunicación para la difusión de actividades, eventos y programas relacionados con la fuente asignada, contribuyendo a la visibilización de la oferta institucional de la Gobernación del Meta. 7. Recolectar la información para la producción de cuñas e informes radiales apoyando al plan de difusión de la Entidad, material que deberá ser entregado al profesional para revisión y corrección de estilo semanalmente. 8. Entregar el material audiovisual sin editar producto de sus funciones en los dispositivos de almacenamiento "banco de imágenes" dispuestos por la secretaria de Comunicaciones. 9. Desplazarse a los diferentes municipios del departamento del Meta, cuando sea requerido para realizar actividades relacionadas con el objeto del contrato.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	07/12/2024		Al	21/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	2

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 instalación de bienes)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Un millón ochocientos cincuenta y cinco mil pesos m/cte ($1.855.000)**

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
13457	0301 - 2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20	84420	$1.855.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$1.855.000

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
Villavicencio	$1.731.333,33
Puerto Gaitán	$123.666,67
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	$1.855.000

Nota: Incluir filas adicionales 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 título del impuesto de industria y comercio.

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

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 n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	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

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	$3.710.000	07/11/2024	06/12/2024	66.6%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$1.855.000	07/12/2024	21/12/2024	33.4%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	N/A
Valor Total del Contrato Inicial	$5.565.000	07/11/2024	21/12/2024	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**	
N/A	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	**$5.565.000**

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

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	**Datos**
Periodo Cotizado	Noviembre	Diciembre
Número de Planilla	9478740995 - 7951891181	9478741318 - 7953228208
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.187.200	$1.300.000
Valor pagado a SALUD	$148.400	$162.500
Valor pagado a PENSIÓN	$190.000	$208.000
Valor pagado a ARL	$51.700	$45.200
Valor pagado a FSP	N/A	N/A
	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 veintitrés (23) del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

SONIA LIZETH RAMOS HENAO
Gerente de Redes Sociales y Televisión
Supervisor

Villavicencio, Meta. 23 de diciembre de 2024.

CUENTA DE COBRO No. 2.
CONTRATO 2520 DEL 06 DE NOVIEMBRE DE 2024
GOBERNACIÓN DEL META
NIT. 892.000.148-8

DEBE A:
ANGELA NATALIA TORRES HERRERA
C.C. 1.121.923.219 de VILLAVICENCIO

LA SUMA DE:
UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.855.000)

OBJETO DEL CONTRATO	**"CONTRIBUIR A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES REALIZANDO CUBRIMIENTO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES PARA ELABORAR CONTENIDO PERIODÍSTICO SOBRE LA GESTIÓN Y LAS ACCIONES DEL GOBIERNO DEPARTAMENTAL"**
No. DE CONTRATO	Contrato No. 2520 de 2024
PERIODO COMPRENDIDO	**07 de diciembre de 2024 al 21 de diciembre de 2024**
LUGAR DE EJECUCIÓN	En los veintinueve (29) municipios del Departamento del Meta

Municipio	Total
Villavicencio	$1.731.333,33
Puerto Gaitán	$123.666,67
Total	$1.855.000

Angela Natalia Torres Herrera.
Periodista
CC. 1.121.923.219

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121923219		TORRES HERRERA ANGELA NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 15 N 48 06	VILLAVICENCIO-META	6847222	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	1115789699	9478740995	N	2024/12/05	2024/12/10	BANCOLOMBIA	5	$345,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	cet	tri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,187,200	$190,000			$1,187,200	$148,400			$0	$0			$1,187,200		$6,200		$0	$0		$344,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,187,200	$190,000			$1,187,200	$148,400			$0	$0			$1,187,200		$6,200		$0	$0		$344,600
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																							$1,187,200	$190,000			$1,187,200	$148,400			$0	$0			$1,187,200		$6,200		$0	$0		$344,600
1	CC	1121923219	TORRES ANGELA										A				=					23020 1	30	($2,040,000)	($326,400)	EPS005	30	($2,040,000)	($255,000)		0	$0	$0	14-23	30	($2,040,000)	0.522%	($10,700)	0	$0	$0	No	($592,100)
2	CC	1121923219	TORRES ANGELA								X	C										23020 1	30	$3,227,200	$516,400	EPS005	30	$3,227,200	$403,400		0	$0	$0	14-23	30	$3,227,200	0.522%	$16,900	0	$0	$0	No	$936,700
Total Afiliados(1)																							$1,187,200	$190,000			$1,187,200	$148,400			$0	$0			$1,187,200		$6,200		$0	$0		$344,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121923219		TORRES HERRERA ANGELA NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 15 N 48 06	VILLAVICENCIO-META	6847222	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	1115789699	9478740995	N	2024/12/05	2024/12/10	BANCOLOMBIA	5	$345,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$700	$0	$190,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$190,000	$700	$0	$190,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$100	$0	$6,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,200	$100	$0	$6,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$148,400	$500	$0	$148,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$148,400	$500	$0	$148,900
TOTAL				1	$344,600	$1,300	$0	$345,900

2024/12/10 04:41 PM

pse Bancolombia

Comprobante de pago en línea

Comercio
APORTES EN LINEA

Número de comprobante
DB6jSMQKxOty

CUS
1115789699

Fecha y hora
10 diciembre 2024 13:55:41

Número de factura
9478740995

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9478740995

Referencia 1
181.51.34.249

Referencia 2
CC

Referencia 3
1121923219

Producto origen
****3871

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 345,900.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Martes 10 de Diciembre del 2024 01:55:41 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121923219		TORRES HERRERA ANGELA NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 15 N 48 06	VILLAVICENCIO-META	6847222	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	1115803697	9478741318	I	2025/01/08	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1121923219	TORRES ANGELA								X									230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121923219		TORRES HERRERA ANGELA NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 15 N 48 06	VILLAVICENCIO-META	6847222	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	1115803697	9478741318	I	2025/01/08	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/12/10 04:40 PM

pse Bancolombia

Comprobante de pago en línea

Comercio
APORTES EN LINEA

Número de comprobante
DBHIc13vmD8I

CUS
1115803697

Fecha y hora
10 diciembre 2024 13:59:38

Número de factura
9478741318

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9478741318

Referencia 1
181.51.34.249

Referencia 2
CC

Referencia 3
1121923219

Producto origen
****3871

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 377,300.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121923219

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	GOBERNACION DEL META		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000148
Ciudad/Municipio	VILLAVICENCIO	Departamento	META
Dirección	CRA 33 # 38 - 45	Teléfono	6818500
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Actividades ejecutivas de la
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	A-MAS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	2017 - CONTRATISTAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7953228208**	Tipo de Planilla	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
Periodo Cotización Otros	diciembre / 2024	Periodo Cotización Salud	diciembre / 2024
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2024/12/18
Número Autorización	1137168794		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ANGELA NATALIA	Apellidos	TORRES HERRERA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1121923219
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Salario Básico	$ 1.484.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	21							X								

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	21	IBC	$ 1.038.800
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 45.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 45.200**

Planilla Pagada