PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49607714
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JANINE LIZETH ARZUAGA ESCOBAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALLE 13 NO. 14-34	TELÉFONO:	5851262
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7950771873**	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):			2024/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1123359468

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 373.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 373.600	$ 0	$ 373.600
SUBTOTALES:										**$ 373.600**	**$ 0**	**$ 373.600**

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	$ 291.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.900	$ 0	$ 0	$ 291.900
SUBTOTALES:													**$ 291.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 291.900**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.200	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 12.200
SUBTOTALES:									**$ 12.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 49607714	ARZUAGA ESCOBAR JANINE LIZETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.334.800				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.334.800	$ 373.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 373.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.334.800	$ 291.900	$ 0	$ 291.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.334.800	49607714	$ 12.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 677.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49607714
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JANINE LIZETH ARZUAGA ESCOBAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALLE 13 NO. 14-34	TELÉFONO:	5851262
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7950771873**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1123359468

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 373.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 373.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 291.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 291.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 677.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 677.700**

Planilla Pagada

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

Anexo No. 2
CARTA DE COMPROMISO DE ACTIVIDADES

JANINE LIZETH ARZUAGA ESCOBAR
Calle 13 No. 14-34 Barrio Obrero
3126869718
arzuaga123@hotmail.com / jaarzuaga@defensoria.edu.co
16 / 12 /2024

DEFENSORIA DEL PUEBLO

Estimado Dr. Alcides de Jesús Arregoces Barros,

Por medio de la presente, yo, Janine Lizeth Arzuaga Escobar, identificado con cédula de ciudadanía No. 49.607.714 expedida en Valledupar, en mi calidad de contratista bajo el contrato número CD-DP 1428-2024 suscrito el día 15-01-2024, me comprometo formalmente a llevar a cabo las actividades estipuladas en el contrato durante el 01/12/2024 al 31/12/2024.

Este compromiso incluye el desarrollo de las siguientes actividades y entregables:

1. Descripción de Obligación 1: Cumplir a cabalidad el objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas.
2. Descripción de Obligación 2: Enviar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato, los cuales deberán liquidarse con base en los honorarios mensuales pactados.
3. Descripción de Obligación 3: Rendir los informes requeridos por el Supervisor, Defensor del Pueblo Regional o Dirección Nacional de Defensoría Pública, de manera oportuna, con información veraz y completa.
4. Entregables: Informe de ejecución mensual con los respectivos soportes descritos en el contrato CD-DP 1428-2024.

De igual manera, me comprometo a cumplir con los plazos y la calidad establecidos en el contrato y atendiendo cualquier solicitud de información adicional o ajuste en los tiempos y metodología de entrega que se consideren necesarios.

Se firma a los dieciséis días del mes de diciembre del 2024

Atentamente,

Nombre y firma del Contratista
Cedula

Visto Bueno

Supervisor del contrato No xxx del 2024
Cargo