

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

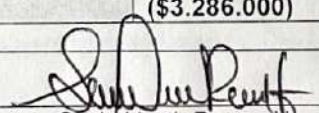
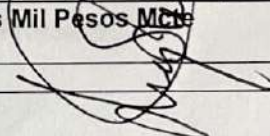
Fecha de elaboración del reconocimiento:	13/12/2024	Periodo de Pago:	Del	13/11/2024	Al	12/12/2024
Contrato No. y Fecha:	1735 del 11 de septiembre 2024					
Contratista:	INGRID PAOLA CHIRIVI GOMEZ			c.c. o Nit.	1.121.939.947	
Representante Legal:	N/A			c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	Final	X	Número de Pago:	3	

Señores Gerencia de Contaduría, sirvase 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): **Tres Millones Doscientos Ochenta Y Seis Mil Pesos MChs (\$3.286.000)**

Cordialmente,

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

SIA
19 DIC 2024

19 DIC 2024

GOBERNACIÓN DEL META - Villavicencio - Meta
Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co



Secop. 10070 - 14-012



**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:

2024005500234

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

En la fecha 22 de agosto 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. COMPONENTE 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: Fortalecer la ejecución del plan de comunicaciones de la Gobernación del meta, a través de
la elaboración de contenidos periodísticos que permitan fortalecer la imagen institucional de la entidad .
Valor: \$9,858,000.00. Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 23 de agosto de 2024

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

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA



Carrera 33 No 38-45 / Edificio Gobernación / Meta / Colombia
PBX: (+57) 8 681 85 00 / Línea Gratuita nacional: 01 8000 129 202



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

Contrato No. y Fecha:	1735 del 11 de septiembre del 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	INGRID PAOLA CHIRIVI GOMEZ	NIT/C.C.	1.121.939.947
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)			
Fortalecer el plan estratégico de comunicaciones de la Gobernación del Meta a través de la elaboración de contenidos periodísticos que permitan fortalecer la imagen institucional de la entidad.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Nueve millones ochocientos cincuenta y ocho mil pesos m/cte. (\$9.858.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Tres (3) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	13/09/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	12/12/2024

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: tres (3) mensualidades vencidas cada una por valor De Tres Millones Doscientos Ochenta Y Seis Mil Pesos Mcte (\$3.286.000) y un último, 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.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	10166 del 12 de septiembre del 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)	Nueves millones ochocientos cincuenta y ocho mil pesos m/cte. (\$9.858.000)				

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.

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

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. Apoyar realizando el cubrimiento periodístico de los eventos y actividades que permitan recopilar información y registrar material audiovisual sobre la gestión del Gobierno Departamental.
2. Apoyar desarrollando la preproducción, producción y postproducción de historias, reels, notas informativas y demás formatos audiovisuales destinados a las redes sociales de la Entidad.
3. Apoyar elaborando 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. Apoyar recopilando y organizando información referente a los programas, proyectos, actividades, eventos y acciones emprendidas por la Entidad para la elaboración de boletines informativos semanales.
6. Apoyar programando 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. Apoyar recolectando 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. Apoyar entregando el material audiovisual sin editar producto de sus funciones en los dispositivos de almacenamiento "banco de imágenes" dispuestos por la secretaría 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	13/11/2024	Al	12/12/2024	
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 instalación de bienes)	N/A

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-2	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)	Tres Millones Doscientos Ochenta Y Seis Mil Pesos Mcte (\$3.286.000)

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
10166	0301- 2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20	84420	\$ 3.286.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$ 3.286.000
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 29 municipios del departamento del Meta.	
Municipio	Valor
Villavicencio	\$ 3.066.933
Puerto Rico	\$109.533,5
Fuentedeoro	\$109.533,5
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$ 3.286.000
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.	

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

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

 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	\$3.286.000	13/09/2024	12/10/2024	33.33%
Segundo pago	\$3.286.000	13/10/2024	12/11/2024	33.33%
Pago Autorizado en el Presente Informe	\$3.286.000	13/11/2024	12/12/2024	33.34%
Saldo Pendiente por Ejecutar	\$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	\$9.858.000	13/09/2024	12/12/2024	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	
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	\$9.858.000
--	--------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	Noviembre del 2024	Diciembre del 2024
Número de Planilla	9477800707-7951891181	9478834311
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.314.400	\$1.314.400
Valor pagado a SALUD	\$164.500	\$164.300
Valor pagado a PENSIÓN	\$210.600	\$210.400
Valor pagado a ARL	\$57.200	\$57.200
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		

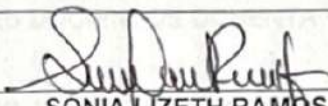
 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892.000.145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO		CÓDIGO: F-BS-16
			VERSIÓN: 05

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, a los trece (13) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,


SONIA LIZETH RAMOS HENAO
Gerente de Redes y Televisión
Supervisor

INGRID PAOLA CHIRIVI GOMEZ

Comunicadora Social y Periodista

Villavicencio, 13 de diciembre del 2024

CUENTA DE COBRO N° 3

EL DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892-000148-8

DEBE A

INGRID PAOLA CHIRIVI GOMEZ
CC N° 1.121.939.947 DE VILLAVICENCIO

La suma de \$3.286.000
TRES MILLONES DOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

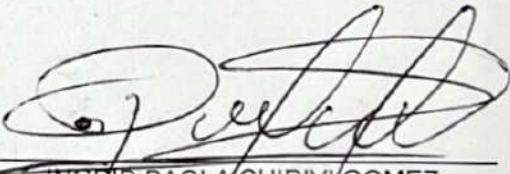
Por Concepto del **CONTRATO N° 1735 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2024** cuyo objeto es:
Fortalecer el plan estratégico de comunicaciones de la Gobernación del Meta a través de la elaboración de contenidos periodísticos que permitan fortalecer la imagen institucional de la entidad. el periodo comprendido desde el 13 de noviembre al 12 de diciembre de 2024.

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)	
En los 29 municipios del departamento del Meta	
Municipio	Total
Villavicencio	\$ 3.066.933
Puerto Rico	\$109.533,5
Fuentedeoro	\$109.533,5
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	
\$ 3.286.000	

Por favor consignar a la cuenta de ahorros No. 39515445840 del Banco Bancolombia que figura a mi nombre.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que he efectuado los aportes de seguridad social por los ingresos materia de facturación en el operador aportes en línea.

La anterior, se expide a los trece (13) días del mes de diciembre de 2024, en el Municipio de Villavicencio – Meta.


INGRID PAOLA CHIRIVI GOMEZ
CC N° 1.121.939.947 DE VILLAVICENCIO

Carrera 7ª # 10-39 Mi Llanura
E-mail: chirivi.18@gmail.com
Celular: 3203905482

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF
CC 111939947		CHENI COMEZ INGBIO PASOLA	INDEP/DEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 7a 10-39	VILLAVICENCIO-META	103905482	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Barco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	9478602/8	9478602/8	1	2024/12/11	2024/12/12	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$375,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sicilia Patricia (Afiliosos)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$0			\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$0			\$0	
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$0			\$0	
1	CC 112793947	CHENI COMEZ	21081	30	\$1,314,400	\$210,400	CECIS	30	\$1,314,400	\$164,300				\$0			\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$0			\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1321939642		CHRISTY GOMEZ INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CT 7A 10-39	VILLAVIEJA-META	3203902482	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clase	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Barco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	4086078	PLANILLA	9917600707	2024/12/31	2024/12/12	2024/12/12	BARCO DE OCCIDENTE	1	\$375,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
A/P (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$210,400	\$200	\$0	\$210,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
CAJACOPÍ	CCFC55	901,543,211	6	1	\$164,300	\$200	\$0	\$164,500
TOTAL				1	\$374,700	\$400	\$0	\$375,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE	ICBF
CC 112193947		CHIRYI GOMEZ INGRID ZACLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	67 7a 10-39	VILLAVICENCIO-META	3203965482	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
2024-12	43254293	Planilla	2024/01/14	2024/12/12 BANCO DE OCCIDENTE	\$374,700				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Siguiendo PLANILLA (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$164,300									
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$164,300									
1	CC 112193947	CHIRYI INGRID	23001	30	\$1,314,400	\$210,400	CECLOS	30	\$1,314,400	\$164,300		0		\$0		0		\$0				\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,314,400	\$210,400			\$1,314,400	\$164,300				\$0				\$0				\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121919947		CHIRIVI GOMEZ INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CT 7A-10-19	VILLAVIEJA-BOYACA	3102995482	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clase	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Barco	Dias Mora	Valor
2024-12		43254093	Planilla	1		2025/07/14	2024/12/12	BARCO DEL OCCIDENTE		0	\$374,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$210,400	\$0	\$0	\$210,400
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	\$210,400	\$0	\$0	\$210,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$164,300	\$0	\$0	\$164,300
CAJACOP	CCFC55	901.543.211	6	1	\$164,300	\$0	\$0	\$164,300
TOTAL				1	\$374,700	\$0	\$0	\$374,700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121939947

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																
Nombre o Razón Social	GOBERNACION DEL META															
Tipo de identificación	NIT	Número de identificación	892000148													
Ciudad/Municipio	VILLAVICENCIO	Departamento	META													
Dirección	CRA 33 # 38 - 45	Telefono	6818500													
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Actividades ejecutivas de la administración pública													
Tipo de Aportante	01-EMPLEADOR	Clase de aportante	A-MAS DE 200 COTIZANTES													
Forma de presentación	SUCURSAL															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):									NO							
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																
Número de planilla	7951891181	Tipo de planilla	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS													
Periodo de Cotización Otros Subistemas	2024-11	Periodo de cotización salud	2024-11													
Días de Mora	0	Fecha de pago	2024-12-10													
Número de autorización	1115251352															
INFORMACIÓN BÁSICA																
No. (consecutivo)	25															
Nombres	INGRID PAOLA	Apellidos	CHIRIVI GOMEZ													
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1121939947													
Tipo de cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO Extranjero no obligado a cotizar Pensión															
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)									NO							
Departamento	META Municipio							VILLAVICENCIO								
Salario Básico	\$1.314.400							Tipo de Salario								
NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								
APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL																
PENSION										Administradora						
Días	0								IBC	\$0						
Tarifa	0%								Cotización Obligatoria	\$0						
FSP - Solidaridad	\$0								FSP - Subsistencia	\$0						
Aportes Voluntarios Empleador	\$0								Aportes Voluntarios Cotizante	\$0						
Total Aporte										\$0						
SALUD										Administradora						
Días	0								IBC	\$0						
Tarifa	0%								Cotización Obligatoria	\$0						
UPC Adicional	\$0								Total Aporte	\$0						
RIESGOS PROFESIONALES										Administradora						
										14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.						
Días	30								IBC	\$1.314.400						
Clase de Riesgo	IV								Tarifa	4,35%						
Centro de Trabajo	4								Total Aporte	\$57.200						
APORTE REALIZADOS A PARAFISCALES																
Administradora	Días Cotizados		Tarifa		IBC		Total Aporte									