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:	26 de febrero del 2025	Periodo de Pago:	Del	18/11/2024	Al	17/12/2024	
Contrato No. y Fecha:	1215 del 14 de Junio del 2024						
Contratista:	CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO				c.c. o Nit.	822.004.675-1	
Representante Legal:	ANGELA MARIA VARGAS				c.c.	66.854.010	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	SEXTO	

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)	X	X	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)	X	X	X	X

Valor a Pagar (Letras y Números):	TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS M/CTE ($ 33'180.763,35)

Cordialmente,

Nombre:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	Nombre:	DIANA MARCELA GIRALDO AVILA
Cargo:	GERENTE DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Cargo:	SECRETARIA SOCIAL
	Supervisor		Ordenador del Gasto

SIA 27 FEB 2025

ARCHIVO GCSJ

27 FEB 2025

Secop 00358 03-03-25

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	**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:

COMPROMISO CON EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO E INCLUYENTE EN EL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500183**

Observaciones: POAI 2024.

En la fecha 18 de marzo de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA SOCIAL*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo ***"Hagamos Grande al Meta 2020-2023"***:

DIMENSIÓN 3. HAGAMOS GRANDE AL META EN LO SOCIAL	SECTOR 41: INCLUSIÓN SOCIAL.	4104 Programa 4. Atención integral de población en situación permanente de desprotección social y/o familiar .	Componente Constitutivo: Centros de Bienestar y Centros Vida.	Meta 3. Garantizar atención integral mediante la modalidad de Centros de Bienestar a personas mayores que se encuentran en condición de indigencia, abandono social, extrema pobreza y vulnerabilidad en el Departamento.

1.Actividad o componente a ejecutar: *Realizar atención integral al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en Centros Vida.*
Objeto del gasto: *Brindar atención integral a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en centros de bienestar procedentes de diferentes municipios del Departamento del Meta.*
Valor total $1,662,528,107.00.

Fuente de Financiación: 8 Estampilla Pro-Ancianos

Obras o actividades adicionales: NO
Y con base en la solicitud remitida por el Dra. Diana Marcela Giraldo Ávila secretaria social del Departamento del Meta, entidad responsable de la iniciativa y respaldada por los anexos debidamente avalados por la mencionada secretaria y con los soportes presentados, disponibles en la carpeta del proyecto.

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 19 de marzo de 2024

JEIMY ALISSEDA MOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos
GOBERNACIÓN DEL META

Elaboró: Yolima Reyes

BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL

Scanned with CamScanner

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

Contrato No. y Fecha:	1215 del 14 de junio de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO	**NIT/C. C.**	822.004.675-1
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	ANGELA MARIA VARGAS	**C.C.**	66.854.010
Supervisor:	SANDRA VICTORIA PENAGOS PAEZ DIANA MARCELA GIRALDO AVILA CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	**C.C.**	52.835.440 1.119.886.558 40.390.778
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"Brindar atención integral a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en centros de bienestar procedentes de diferentes municipios del departamento del meta". **ALCANCE DEL OBJETO:** Dentro del presente proceso se pretende **brindar una atención integral a veinte (20) adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social que afecta en gran medida lo aspectos biológico, psicológico y emocional de las personas en edad avanzada, en instituciones de atención en el municipio de Villavicencio, en las modalidades de independientes y/o dependientes en su movilidad.**			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Ciento noventa y nueve millones ochenta y cuatro mil quinientos ochenta pesos M/CTE ($199.084.580)**		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) Meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	18/06/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	17/12/2024

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
N/A	N/A	N/A	N/A
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)
FORMA DE PAGO: El valor del contrato será pagado en **seis (6) mensualidades** vencidas, de acuerdo

Scanned with CamScanner

con el número de adultos mayores atendidos, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de qué se encuentra a paz y salvo con los aportes al sistema integral de Seguridad Social y para fiscales. en todo caso, el contratista se obliga a cumplir con todos los requisitos, procedimientos, forma, informes, evidencias, establecidos por la gobernación del Meta para el pago.

Parágrafo 1: Para el pago el contratista debe cumplir los siguientes requisitos indicados i) Acreditación de pagos de parafiscales, Seguridad Social del personal empleado para la ejecución del contrato; ii) El respectivo informe de actividades elaborado por el contratista y avalado por el supervisor del contrato; iii) Certificación de cumplimiento de las obligaciones contractuales, laborales y de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del contratista firmado por el supervisor del contrato y iv) Copia de los contratos que llegaren a efectuarse Para desarrollar el objeto del contrato. Además, para el pago final se debe anexar i) Acreditación de pagos de para fiscales, Seguridad Social del personal empleado para la ejecución del contrato; ii) El respectivo informe final de actividades elaborado por el operador; y avalado por el supervisor del contrato; iii) Certificación justificada del cumplimiento de las obligaciones contractuales, laborales y de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales del contratista firmado por el supervisor del contrato y vi) Acta finalización y liquidación bilateral del contrato.

Parágrafo 2: Para el proceso de pagos y/o liquidación se tendrá en cuenta el valor que se determinó por cada cupo o adulto mayor atendido, según el estudio de mercado y no por el valor unitario que refiere cada ítem del presupuesto del proceso, toda vez que el alcance de la cuantificación y costeo de cada una de las actividades y servicios relacionados en las especificaciones técnicas se consideró necesario únicamente para la determinación del valor que tiene cada cupo o servicio de atención integral para los adultos mayores.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	5591 del 17 de junio de 2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4104.1500.004.2.3.2.02.02.009-08				
Valor: (Letras y Números)	**Ciento noventa y nueve millones ochenta y cuatro mil quinientos ochenta pesos M/CTE ($199.084.580)**				

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. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. Garantizar la filiación 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).
4. Dar cumplimiento a la ley 594 del 2000 (ley general de archivo).
5. 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.
6. 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.
7. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la gobernación del

Scanned with CamScanner

del Meta; teniendo en cuenta que al 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 obstáculos para el desarrollo de la prestación del servicio.

8. ☐ Presentar informe de ejecución previo a los pagos y además soporte documental y cada vez que sea requerido por el supervisor.
9. ☐ Suscribir actas de inicio, finalización y liquidación del contrato.
10. ☐ Subir a la plataforma del sistema electrónico para la contratación pública SECOP II los documentos soporte de cada pago realizado a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes a la elaboración del mismo.
11. ☐ Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el supervisor, con cargo al contrato, 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, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
12. ☐ Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competen de acuerdo con el Marco normativo.
13. ☐ Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma.
14. ☐ Obligación referente para publicar en el SECOP II dentro del término legal la información requerida en la obligación 10 y los demás documentos que le asisten.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. El contratista se compromete a disponer de 20 cupos en la modalidad independiente y/o semiindependiente, para brindar la atención de los adultos mayores que serán beneficiados por el Departamento, en donde se garantizara una atención integral a los beneficiarios.
2. Prestar el servicio del personal que vayan a emplear para la ejecución del contrato con el nivel de estudios y experiencia requeridos, es decir idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de manera efectiva, garantizando que cumplan las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales e ilegales. Así como también, deberá cumplir con todas las obligaciones de índole laboral y de Seguridad Social con dicho personal.
3. Realizar la dotación de elementos y herramientas de trabajo necesario al personal que contrate para la ejecución de las obligaciones convenidas.
4. Brindar la atención integral a los adultos mayores, cumpliendo con las especificaciones técnicas del presente estudio y las normas sobre higiene y seguridad industrial.
5. Brindar el servicio de alimentación de acuerdo con las raciones y a las condiciones técnicas referidas en este estudio; es decir, comida diaria balanceada consistente (1) desayuno, un (1) almuerzo, una (1) cena, y dos (2) Refrigerios que serán entregados como medias nueves y Onces. Estos alimentos serán preparados por el (la) manipulador(a) de alimentos y deberán contemplar los lineamientos nutricionales y sanitarios recomendados por el (la) nutricionista.
6. Brindar el servicio integral y continuo en las instalaciones del centro de protección y/o Bienestar y/o institución, tendientes al cuidado de los adultos mayores en las dos (2) jornadas, diurna y nocturna.
7. Brindar espacios de recreación, actividades culturales y rutina de ejercicios físicos que serán liderados por el licenciado en educación física. Los ejercicios estarán sujetos a las condiciones físicas individuales de cada adulto mayor con el ánimo de generar mejora en su condición de salud.
8. Garantizar la entrega de tres (3) kits de aseo personal a cada beneficiario, uno (1) cada dos meses, durante el desarrollo de la ejecución, dados y condiciones técnicas determinadas en el presente documento, con el fin de garantizar las buenas prácticas de higiene y presentación personal. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.
9. Entregar la dotación de prendas de vestir a los 20 adultos mayores beneficiarios, según las condiciones técnicas determinadas en el presente documento y según el género de cada adulto mayor que serán entregados durante la ejecución del contrato. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.

Scanned with CamScanner

10. Recolectar las basuras y residuos debidamente clasificados, de acuerdo con sus posibilidades de separación y biodegradación, en bolsas plásticas de colores de acuerdo con el tipo de residuos, en lugares dispuestos para tal fin, dentro de los horarios de recolección de basura de cada zona, para lo cual se cuenta con el apoyo de un (1) auxiliar de servicios generales.
11. Brindar atención psicosocial (psicológica y social), referente a la incorporación y adaptabilidad de los adultos mayores al ambiente del centro de protección y/o bienestar, actividad de inserción de redes de apoyo que vinculen a sus familiares.
12. Informar a la secretaría social la ocurrencia del fallecimiento de alguno de los adultos mayores inscritos en el programa, con el fin de vigilar y contemplar los cupos disponibles en el centro de protección y/o Bienestar.
13. Informar a la Secretaría social de la deserción de alguno de los adultos mayores inscritos en el programa y remitidos por la Secretaría, con el fin de vigilar y contemplar los cupos disponibles en el centro de bienestar.
14. Presentar informes mensuales o con novedades, recomendaciones y comentarios requisito indispensable para la aprobación de la factura por los servicios prestados.
15. Presentar las cuentas de cobro y/o factura cada mensualidad vencida, de acuerdo con el número de cupos brindados o adultos mayores atendidos y no por ítem o actividades ejecutada, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de qué se encuentra paz y salvo con los aportes del sistema integral de Seguridad Social y para fiscales
16. Coordinar las actividades a desarrollar, con el supervisor designado para tal fin encargado del control y vigilancia del contrato
17. El contratista deberá informar y suministrar al supervisor, los datos de identificación del personal convenido para la ejecución de las obligaciones y presentar los comprobantes de pago salarial en forma periódica mientras dure el contrato.
18. En ausencia del personal (calamidad doméstica, enfermedad, entre otros) Asignado para la ejecución del contrato, este será reemplazado sustituido en el menor tiempo posible de conocido el caso, dejando constancia escrita.
19. Atender en forma inmediata, las peticiones de cambio de su personal, por deficiencia o inconveniencia, dadas por el supervisor del contrato. el personal que se cambie por estas causas no podrá ser ubicado en ningún otro sitio donde se preste el servicio, que el contratista cuenta con la disponibilidad de reubicar a su propio personal, razón por la cual no podrá alegar que le es imposible el retiro por ausencia de posibilidades de reubicación dado que este no es un contrato de suministro de personal.
20. Cuándo en desarrollo del contrato ocurra sustitución, traslado, o cualquier novedad en cuanto a personal designado para el cumplimiento de las actividades contractuales, esta situación deberá ser soportada previamente al supervisor.
21. Salvaguardar la seguridad de todas las personas vinculadas para la prestación del servicio contratado, en razón a las consecuencias de qué ahí se deriven para la salud e integridad física de las personas.
22. Digitalizar la información correspondiente a la caracterización de la población atendida o beneficiaria de este programa de centro de bienestar de conformidad con la matriz de control que será facilitada por el supervisor del contrato para el inicio de las actividades.
23. El contratista mantendrá al departamento del Meta- secretaría social, siempre que sea originado de hechos imputables al contratista, contrato reclamo, demanda, acción legal, y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones al personal de la Secretaría social-departamental, del contratista, de las propiedades de dicho personal, adicionalmente a personas o propiedades de terceros, ocasionados por este durante la ejecución del objeto de este contrato.
24. El contratista deberá constituir póliza y todos los requisitos que en ellas se establecen para hacer la efectiva, de ser necesario. En caso de qué se instaure demanda o acción legal alguna, o se formule reclamo contra el departamento del Meta/Secretaría social, por asuntos que según el contrato sean de

Scanned with CamScanner

responsabilidad del contratista; la administración departamental se lo comunicará para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas pertinentes previstas por la ley para mantener la indemne, y se adelanten las negociaciones para llegar a un arreglo del conflicto.
25. Informar y denunciar a las autoridades competentes cualquier acto u omisión que afecte la moralidad pùblica con los soportes correspondientes.
26. Elaborar las certificaciones de los servicios efectivamente prestados, las cuales deberán anexar a la factura para el pago correspondiente.
27. Administrar al personal que contrate de manera autónoma, con sujeción estricta a la ley, garantizando que los servicios y procesos a su cargo como contratista se cumplan de manera eficiente, eficaz y oportuna, quedando el departamento del Meta y la Secretaría social reveladas de intervenir en Tales asuntos, conservando en todo caso la facultad de dirección y orientación de las actividades del contratista como colaborador de la administración para las consecución de sus fines en relación o como consecuencia del objeto y obligaciones emanadas de este contrato.
28. El contratista deberá asumir de manera autónoma, diligente, inmediata e idónea cualquier reclamación, acción judicial, acción de tutela, petición que se le haga por parte de su personal o de terceros, además de cualquier asunto de alcance jurídico en relación con la administración del personal a su cargo manteniendo ajeno de Tales situaciones al departamento del Meta.
29. Actualizar la hoja de vida de cada usuario desde el momento de su ingreso en la cual se establecerán las recomendaciones y restricciones, basados en la valoración integral inicial realizada a cada usuario por parte de los profesionales que integran el programa, además de los datos básicos y de contrato, registro de avances y datos relevantes.
30. Realizar el pago de los gastos de funcionamiento del inmueble como Arriendo de requerirse, así como de los servicios públicos facturados por las empresas prestadoras de Agua, alcantarillado y aseo, energía eléctrica, gas natural, que se consuman en cada centro de atención.
31. Las demás propias del servicio que se requiere.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	18/11/2024	Al	17/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	6

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	**334**
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	**251**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Treinta y tres millones ciento ochenta mil setecientos sesenta y tres pesos con treinta y cinco centavos m/cte. ($ 33.180.763,35)**

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**
5591	0301-2.3.41.4104.1500.004.2.3.2.02.02.009-08	93221	$33.180.763,35
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$33.180.763,35**

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

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 el municipio de Villavicencio	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$33.180.763,35
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$33.180.763,35**

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:**	**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
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	$33.180.763,33	18/06/2024	17/07/2024	16.67%
Segundo pago	$33.180.763,33	18/07/2024	17/08/2024	16.67%
Tercer pago	$33.180.763,33	18/08/2024	17/09/2024	16.67%
Cuarto pago	$33.180.763,33	18/09/2024	17/10/2024	16.67%
Quinto pago	$33.180.763,33	18/10/2024	17/11/2024	16.67%
Pago autorizado en el presente informe	$33.180.763,35	18/11/2024	17/12/2024	16.65%
Valor Total del Contrato Inicial	**$199.084.580,00**	18/06/2024	17/12/2024	**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**	

Scanned with CamScanner

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

*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	**$199.084.580,00**

III.

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	N/A
Número de Planilla	N/A
IBC (Ingreso Base de Cotización)	N/A
Valor pagado a SALUD	N/A
Valor pagado a PENSIÓN	N/A
Valor pagado a ARL	N/A
Valor pagado a FSP	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	SI
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 veintiséis (26) días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
Supervisor

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 900 146 8

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

Fecha: 18 de noviembre de 2024 **No. 334**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 18/11/2024

Responsable: CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO **Nit:** 822004675

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1215 14/06/2024 **Resolución** 03 18/11/2024

Comentarios: CONTRATO 1215 /2024 - BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MPIOS DEL DPTO DEL META ALCANCE DEL OBJETO DENTRO DEL PROCESO SE PRETENDE BRINDAR UNA ATENCION INTEGRAL A VEINTE 20 ADULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1113	2858	10	DESODORANTE EN ROLL-ON X 50 ML	Unidad	20.00	5,880.00	117,600.00
	4895	6	SHAMPOO DE 400 ML	Unidad	20.00	11,533.00	230,660.00
	201	114	JABON DE BAÑO DE 75 GR	Unidad	20.00	2,900.00	58,000.00
1103	2856	7	CREMA DENTAL 100 GR	Unidad	20.00	3,880.00	77,600.00
1123	116	5	CEPILLO DE DIENTES CON PORTACEPILLOS DE DIENTES EN PLASTICO PARA ADULTO	Unidad	20.00	5,040.00	100,800.00
1113	206	30	PAQUETE DE CUATRO (4) ROLLOS DE PAPEL HIGIENICO	Unidad	20.00	9,080.00	181,600.00

TOTAL ENTRADA **766.260,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
151403	Medicamentos	77,600.00	
151417	Elementos y accesorios de aseo	587,860.00	
15149009	Utiles de Uso Domestico o Personal	100,800.00	
2401019801	***Cuenta Puente Almacen Compra de Equipos y Sumini		766,260.00
		766,260.00	**766,260.00**

JUAN SEBASTIAN OSPINA RODRIGUEZ
Gerente de Servicios Administrativos

QUIEN RECIBE - FUNCIONARIO
Nombre Legible, Firma y Documento

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 800 148-8

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE SALIDA DE CONSUMO

Salida por bienes entregados para GS - Desarrollo Comunitario

Fecha: 18 de noviembre de 2024 **No. 251**

Responsable: CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS **Nit:** 40390778

Dependencia: Secretaria Social

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 1215 14/06/2024

Comentarios: CONTRATO 1215 /2024 - BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MPIOS DEL DPTO DEL META. ALCANCE DEL OBJETO DENTRO DEL PROCESO SE PRETENDE BRINDAR UNA ATENCION INTEGRAL A VEINTE 20 ADULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL.SEGUN MEMORANDO DE SALIDA SUSCRITO POR LA SECRETARIA SOCIAL.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1113	2858	10	DESODORANTE EN ROLL-ON X 50 ML	Unidad	20.00	5,880.00	117,600.00
	4895	6	SHAMPOO DE 400 ML	Unidad	20.00	11,533.00	230,660.00
	201	114	JABON DE BAÑO DE 75 GR	Unidad	20.00	2,900.00	58,000.00
1103	2856	7	CREMA DENTAL 100 GR	Unidad	20.00	3,880.00	77,600.00
1123	116	5	CEPILLO DE DIENTES CON PORTACEPILLOS DE DIENTES EN PLASTICO PARA ADULTO	Unidad	20.00	5,040.00	100,800.00
1113	206	30	PAQUETE DE CUATRO (4) ROLLOS DE PAPEL HIGIENICO	Unidad	20.00	9,080.00	181,600.00

TOTAL SALIDA **766.260,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
151403	Medicamentos		77,600.00
151417	Elementos y accesorios de aseo		587,860.00
15149009	Utiles de Uso Domestico o Personal		100,800.00
55070603	Asignacion De Bienes	766,260.00	
		766,260.00	**766,260.00**

Scanned with CamScanner

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Ùnico de Factura - CUFE :
a0513eae039cb0af6165fc8f2b491c1c4da96f7531faaa4a56e03bf5c0e1b94f93aa0d810a35808324bf9db668735f95

Número de Factura: FECA-49
Fecha de Emisión: 21/02/2025
Fecha de Vencimiento: 21/02/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO
Nombre Comercial: CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO
Nit del Emisor: 822004675
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 8730;9499

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CL 33 25 A 57 BRR SAN GREGORIO
Teléfono / Móvil: 3112205441
Correo: corp.casadelalfarero@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: VILLAVICENCIO
Teléfono / Móvil: 6086818500
Correo: hacienda@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	DESORANTE EN ROLLO 50 ML	NIU	20,00	$ 4.941,18	$ 0,00	$ 0,00	$ 18.776,47	19.00			$ 98.823,53
2	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	SHAMPOO 400 ML	NIU	20,00	$ 9.691,60	$ 0,00	$ 0,00	$ 36.828,07	19.00			$ 193.831,93
3	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	JABON DE BAÑO 75 GR	NIU	20,00	$ 2.436,97	$ 0,00	$ 0,00	$ 9.260,50	19.00			$ 48.739,50
4	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	CREMA DENTAL 100GR	NIU	20,00	$ 3.260,50	$ 0,00	$ 0,00	$ 12.389,92	19.00			$ 65.210,08
5	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	CEPILLO DE DIENTES C ON PORTACEPILLOS DE DIENTES EN PLASTICO P ARA ADULTO	NIU	20,00	$ 4.235,29	$ 0,00	$ 0,00	$ 16.094,12	19.00			$ 84.705,88
6	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	PAQUETE DE CUATRO 4 ROLLOS DE PAPEL HIGIE NICO	NIU	20,00	$ 7.630,25	$ 0,00	$ 0,00	$ 28.994,96	19.00			$ 152.605,04
7	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	BRINDAR ATENCION IN TEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIO NES DE VULNERABILIDA D Y ABANDONO SOCIAL QUE AFECTAN EN GRAN MEDIDA A LOS ASPECT OS BIOLOGICO PSICOL OGICO Y EMOCIONAL D E LAS PERSONAS EDAD AVANZADA	NIU	20,00	$ 1.620.725,17	$ 0,00	$ 0,00					$ 32.414.503,35

Scanned with CamScanner

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
21/02/2025 12:39:40
Documento validado por la DIAN:
21/02/2025 12:39:41
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
NIT:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	33058419.31
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	33058419.31
IVA	122344.04
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	122344.04
Total neto factura (=)	33180763.35
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $ $ 33180763.35**

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	33.058.419,31
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	33.058.419,31
IVA	122.344,04
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	122.344,04
Total neto factura (=)	33.180.763,35
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $ $ 33.180.763,35**

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764080970921 Rango desde: 34 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2025-10-04

Scanned with CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9CB3F0BFC5C83F8A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LISA CATALINA MARROQUIN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121865835 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 253914-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Scanned with CamScanner

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.865.835
MARROQUIN

APELLIDOS

LISA CATALINA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA





FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1990

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-JUL-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Scanned with CamScanner



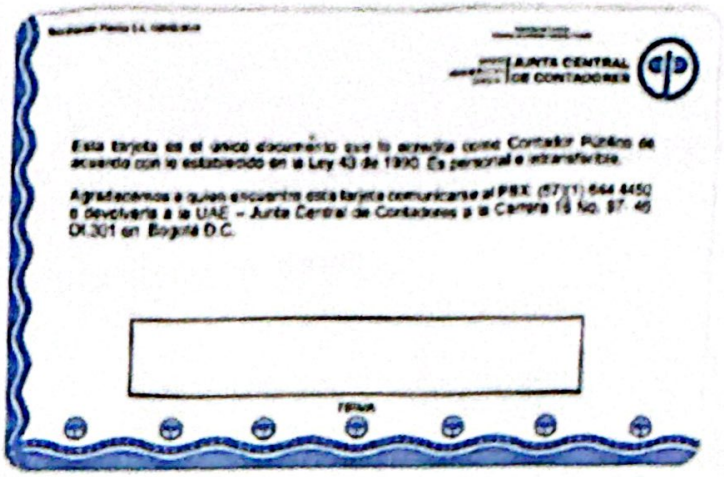
JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

253914-T

LISA CATALINA
MARROQUIN
C.C. 1121865835
RES. INSCRIPCION 88 DEL 18/02/2019
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

262153 283252



JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97 46 Of.301 en Bogotá D.C.

Firma

CORPORACION LA CASA DELALFARERO
CENTRO PARA LA INTERVENCION A LA ADICCION
NIT. 822.004.675-1

GANADOR TITANES GRANDES DE CORAZON

Villavicencio, 18 de Diciembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, manifestó bajo la gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a **PAZ Y SALVO a la fecha** por todo concepto con todos sus proveedores de bienes y servicios de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META ".**

El suscrito revisor fiscal, se permite en certificar.

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 – T

Calle 33 N.° 25 A 57 B. San Gregorio - Villavicencio Meta
Tel 6086458460 Cel. 3112205441
Email corp.casadelalfarero@hotmail.com

Scanned with CamScanner

Villavicencio, 18 de Diciembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, manifestó bajo la gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a **PAZ Y SALVO a la fecha** por todo concepto con todos sus proveedores de bienes y servicios de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META ".**

El suscrito revisor fiscal, se permite en certificar.

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 – T

Scanned with CamScanner

Villavicencio, 18 de Diciembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO CONTRATISTAS

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, manifestó bajo la gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a **PAZ Y SALVO** a la fecha por todo concepto con todos sus contratistas de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META ".**

El suscrito revisor fiscal, se permite en certificar.

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 – T

Scanned with CamScanner

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-15, 10:46:16 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 74584793

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

PAGADO 26/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA		
Documento	CC14895175	**Dirección**	CL 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																			Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educación	Total
CC 14895175	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA	59	00																			120-14 COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	EPS047 NUEVA EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.522	$ 1.300.000	$ 6.800	24-99 CCF TOLIMA/TOLIMA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Descuentados, Liquidados, Saldos a Favor EPS	Independientes ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Enlace Operativo, Lines Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 86 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Scanned with CamScanner

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-15, 10:45:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74610237

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 09/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA		
Documento	CC14895175	**Dirección**	CL 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APT	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 14895175	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA	59	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.522	$ 1.300.000	$ 6.800	(ARH-CC) ARHUANA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Enlace Operativo, Líneas Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 98 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052409971
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			AURA MARCELA HIGUERA MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 ESTE #16-42	TELÉFONO:	6791245
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - DOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7952614496	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2024
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaammdd):			2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1117130330

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES										$ [illegible]	$ 0	$ [illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005 SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES													$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES									$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES
1	CC 1052409971	HIGUERA MARTINEZ AURA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION SE		$ 1.300.000				NO	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	1.300.000	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ [illegible]

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
EPS005 SANITAS S.A.	30	1.300.000	$ [illegible]	$ 0	$ [illegible]	14-11 ARL SURA	30	1.300.000	[illegible]	$ [illegible]

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 495.000

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052409971
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			AURA MARCELA HIGUERA MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 ESTE #18.42	TELÉFONO:	6751246
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - DOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	7948947271	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO:	2024
DIAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES:										$ 256.000	$ 0	$ 256.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES:									$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN ISC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD ISC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP ISC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES ISC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	CC 1052409971	HIGUERA MARTINEZ AURA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN SS		$ 1.600.000		NO	25-14 COLPENSIONES	1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS005 SANITAS S.A.	1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	1.600.000	[illegible]	$ [illegible]	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 495.000

Planilla Pagada

2024/12/10 5:12 PM USUARIO SOI CC1052409971

Scanned with CamScanner

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 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1115929296	9478746992	1	2025/01/20	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$113,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingreso	Retiro	Traslado Desde	Traslado Hacia	Tipo	Variación Salario	Variación Integral	Sanción	Licencia	Incapacidad	Vacaciones	Ausencia	Variación Centro	Horas	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)																			$0	$0			$866,667	$108,400			$0	$0			$866,667		$4,600		$0	$0		$113,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			$0	$0			$866,667	$108,400			$0	$0			$866,667		$4,600		$0	$0		$113,000
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																			$0	$0			$866,667	$108,400			$0	$0			$866,667		$4,600		$0	$0		$113,000
1	CC	17317570	RUIZ HEBERT					X										0	$0	$0	EPS005	30	$866,667	$108,400		0	$0	$0	14-11	30	$866,667	0.5220%	$4,600	0	$0	$0	no	$113,000
Total	Afiliados(1)																		$0	$0			$866,667	$108,400			$0	$0			$866,667		$4,600		$0	$0		$113,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1115929296	9478746992	1	2025/01/20	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$113,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$108,400	$0	$0	$108,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$108,400	$0	$0	$108,400
TOTAL				1	$113,000	$0	$0	$113,000

2024/12/10 02:37 PM

Scanned with CamScanner

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 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1115907607	9478089295	I	2024/12/17	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$169,300

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)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
1	CC	17317570	RUIZ HEBERT		0	$0	$0	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.5219%	$6,800	0	$0	$0	No	$169,300
Total Afiliados(1)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1115907607	9478089295	I	2024/12/17	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$169,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	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	$169,300	$0	$0	$169,300

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86086314		SIMMONDS BAQUERO JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 35A SA 91 SUR	VILLAVICENCIO-META	3124507816	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	1118528437	94787985337	I	2025/01/07	2024/12/19	NEQUI	0	$612,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,900	$0	$0	$316,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$316,900	$0	$0	$316,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,300	$0	$0	$48,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,300	$0	$0	$48,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,600	$0	$0	$247,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$247,600	$0	$0	$247,600
TOTAL				1	$612,800	$0	$0	$612,800

Scanned with CamScanner

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 86086314		SIMMONDS BAQUERO JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 35A 5A 91 SUR	VILLAVICENCIO-META	3124507816	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	1118528437	9478798537	I	2025/01/07	2024/12/11	NEQUI	0	$612,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,980,320	$316,900			$1,980,320	$247,600			$0	$0			$1,980,320	$48,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,980,320	$316,900			$1,980,320	$247,600			$0	$0			$1,980,320	$48,300		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,980,320	$316,900			$1,980,320	$247,600			$0	$0			$1,980,320	$48,300		$0	$0
1	CC 86086314	SIMMONDS JORGE	230301	30	$1,980,320	$316,900	EPS009	30	$1,980,320	$247,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,980,320	$48,300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,980,320	$316,900			$1,980,320	$247,600			$0	$0			$1,980,320	$48,300		$0	$0

Scanned with CamScanner

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 86086314		SIMMONDS BAQUERO JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 35A SA 91 SUR	VILLAVICENCIO-META	3124507816	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	1106195527	9477481510	I	2024/12/04	2024/12/06	NEQUI	2	$444,300

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,150,400	$344,100			$2,150,400	$268,800			$0	$0			$2,150,400	$32,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,150,400	$344,100			$2,150,400	$268,800			$0	$0			$2,150,400	$32,400		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$2,150,400	$344,100			$2,150,400	$268,800			$0	$0			$2,150,400	$32,400		$0	$0
1	CC	86086314	SIMMONDS JORGE	230301	30	$2,150,400	$344,100	EPS005	30	$2,150,400	$268,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,150,400	$32,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,150,400	$344,100			$2,150,400	$268,800			$0	$0			$2,150,400	$32,400		$0	$0

Scanned with CamScanner

2024/12/06 12:59 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 86086314		SIMMONDS BAQUERO JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 35A SA 91 SUR	VILLAVICENCIO-META	3124507816	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	1106195527	9477481310	I	2024/12/04	2024/12/06	NEQUI	2	$666,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$344,100	$500	$0	$344,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$344,100	$500	$0	$344,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,400	$100	$0	$52,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$52,400	$100	$0	$52,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$400	$0	$269,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$268,800	$400	$0	$269,200
TOTAL				1	$665,300	$1,000	$0	$666,300

Scanned with CamScanner

2024/12/06 12:59 PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121928033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON		CRA37 24 26 SAN BENITO	3212424509	tatiana.arciniegasp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82041655	$378.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	2	300	0	208.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	2	100	6.900			58	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.800
Pensión	1	208.000	208.300
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121828033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON	CRA37 24 26 SAN BENITO	3212434509	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	AFIL
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	[illegible]	$379.200	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Información novedades	Pensión	Salud	Riesgos laborales	CCF	Parafiscales
1	CC	1121828033	ARCINIEGAS PINZON TATIANA ALEXANDRA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121928033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON	CRA37 24 26 SAN BENITO	3212424509	tatiana.arciniegasp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-12	2024-12	I		92359512	TOTAL A PAGAR	
					$213.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	92.100	0		0		0	0	0	0	92.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	117.900	0	0	0	0	0	0		117.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.900				3.900	0	0	3.900			39	3.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	92.100	92.100
Pensión	1	117.900	117.900
Riesgos Laborales	1	3.900	3.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	213.900	213.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121828033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON	CRA37 24 26 SAN BENITO	3212424508	tatiana.arciniegasp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	1		92559512	$213.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	SUS	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121828033	ARCINIEGAS PINZON TATIANA ALEXANDRA	06	0			N	X															230201	736.857	117.800	0	0	0	0	EPS002	736.857	92.100	14-11	736.857	1	1.900		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000632388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ		CALLE 19 11 55	3216521561	DAHIFARYCUETO@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82602987	$251.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	108.400	0		0		0	0	0	0	108.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	138.700	0	0	0	0	0	0		138.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	108.400	108.400
Pensión	1	138.700	138.700
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	251.700	251.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000832388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ		CALLE 19 11 85	3215521581	DAHIFARYCUETO@OUTLOOK.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	52602987	$251.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Extranjero	Cotiz. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000832388	CUETO MARTINEZ DAHIFARY	66	0		N		X															25-14	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS037	866.667	108.400	14-23	866.667	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000832388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ	CALLE 19 11 55	3215521581	DAHIFARYCUETO@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82247185	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en Exterior	Fotocotizante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000832388	CUETO MARTINEZ DAHIFARY	56	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000832388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ	CALLE 19 11 55	3218521561	DAHIFARYCUETO@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82247185	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			58	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030523309
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NORIDA MORENO VILO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CLL 6C NO 31-41	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	1746147278	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO:	2024	

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2024/12/11	7	$ 1.900	$ 379.200
2024/12/12	8	$ 2.200	$ 379.500
2024/12/13	9	$ 2.400	$ 379.700
2024/12/16	12	$ 3.100	$ 380.400
2024/12/17	13	$ 3.500	$ 380.800
2024/12/18	14	$ 3.700	$ 381.000

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 379.200**

Scanned with CamScanner

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 40219636		DIAZ CARDENAS NIDIA YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4A 34A 21 ROSA BLANCA	VILLAVICENCIO-META	3124907904	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	1099228120	94784688619	1	2025/01/13	2024/12/04	MEGA	0	$402,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	40219636	DIAZ NIDIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	0		$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/12/04 08:35 AM

Scanned with CamScanner

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 40215636		DIAZ CARDENAS NIDIA YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4A 34A 21 ROSA BLANCA	VILLAVICENCIO-META	3124907956	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	1099228120	94784468619	I	2025/01/13	2024/12/04	MEQUA	0	$402,200

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/12/04 08:35 AM

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META	ACTA DE FINALIZACIÓN	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	04

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

Contrato No. y Fecha:	1215 DEL 14 DE JUNIO DE 2024		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	5591 DEL 17 DE JUNIO DEL 2024		
Contratista:	**CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO**	Nit./c. c.	822.004.675-1
Representante Legal:	**ANGELA MARIA VARGAS**	c.c.	66.854.010
Supervisor:	**CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**	c.c.	40.390.778
Objeto:			
"BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META" ALCANCE DEL OBJETO: Dentro del presente proceso se pretende BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A VEINTE (20) ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL QUE AFECTA EN GRAN MEDIDA LOS ASPECTOS BIOLÓGICO, PSICOLOGICO Y EMOCIONAL DE LAS PERSONAS EN EDAD AVANZADA, EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO EN LAS MODALIDADES DE INDEPENDIENTES O DEPENDIENTES EN SU MOVILIDAD"			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (199.084.580)		
Término Inicial de Ejecución:	SEIS (06) MESES		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	18/06/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	17/12/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

En la ciudad de Villavicencio, **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS,** Supervisora delegada identificada con cédula de ciudadanía número 40.390.778, y **CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO** identificada con Nit. Número 822.004.675-1, Representado Legalmente por **ANGELA MARIA VARGAS,** identificada con cédula de ciudadanía número 66.854.010,

Scanned with CamScanner

suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, a los 17 días, del mes de diciembre del año 2024.

CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO	**CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**
Contratista	Supervisor

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META	MINUTA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-34
		VERSIÓN:	01

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

CONTRATISTA:	CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO NIT 822.004.675-1 R.L. ANGELA MARIA VARGAS C.C. N° 66.854.010		
SUPERVISOR O INTERVENTOR:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS C.C Nº 40.390.778		
OBJETO DEL CONTRATO:	"BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META" ALCANCE DEL OBJETO: Dentro del presente proceso se pretende BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A VEINTE (20) ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL QUE AFECTA EN GRAN MEDIDA LOS ASPECTOS BIOLÓGICO, PSICOLOGICO Y EMOCIONAL DE LAS PERSONAS EN EDAD AVANZADA, EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO EN LAS MODALIDADES DE INDEPENDIENTES O DEPENDIENTES EN SU MOVILIDAD"		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($199.084.580)		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	5591 DEL 17 DE JUNIO DEL 2024		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	SEIS (06) MESES		
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	14 DE JUNIO DE 2024		
FECHA DE INICIO:	18/06/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	17/12/2024		
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO:	N/A	FECHA:	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO:	CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($199.084.580)		
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL	17/12/2024		

Entre los suscritos, **DIANA MARCELA GIRALDO AVILA** mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.119.886.558 expedida en Villavicencio-Meta., en calidad de Secretaria Social del Departamento del Meta, nombrada mediante Decreto N° 007 del 02 de enero de 2024 y acta de posesión N° 003 del 02 de enero de 2024, facultada para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante Decreto 275 de 2020, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, por otra parte **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio identificada con la cédula de ciudadanía número 40.390.778, en calidad de SUPERVISORA designada mediante Resolución No. 200 de 2024, y **ANGELA MARIA VARGAS**, identificada con cedula de ciudadanía N° 66.854.010, representante legal de la

Scanned with CamScanner

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO, identificado con el NIT 822.004.675-1, quien para efectos del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente acta de liquidación bilateral del Contrato de Prestación de Servicios N° 1215 del 14 de junio de 2024, previa las consideraciones:

1) Que el día catorce (14) de junio de 2024, el DEPARTAMENTO **y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO identificado (a) con el Nit** 822.004.675-1, **Representada Legalmente por la señora, ANGELA MARIA VARGAS,, identificada con cédula de ciudadanía número** 66.854.010**, suscribieron el del Contrato de Prestación de Servicios N° 1215 del 2024, cuyo objeto consistió en:** *"BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, con el siguiente alcance del objeto: *"Dentro del presente proceso se pretende BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A VEINTE (20) ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL QUE AFECTA EN GRAN MEDIDA LOS ASPECTOS BIOLÓGICO, PSICOLOGICO Y EMOCIONAL DE LAS PERSONAS EN EDAD AVANZADA, EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO EN LAS MODALIDADES DE INDEPENDIENTES O DEPENDIENTES EN SU MOVILIDAD"*.

2) Que mediante Resolución N° 173 del 17 de junio de 2024, se designó como supervisor del contrato a, **SANDRA VICTORIA PENAGOS PAEZ,** profesional universitario de la Gerencia de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad de la secretaria Social.

3) Que el día dieciocho (18) de junio de 2024, el **SUPERVISOR** y el **CONTRATISTA** suscribieron acta de inicio del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1215 DEL 2024.**

4) Que el valor del contrato asciende a la suma de **CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($199.084.580)**

5) Que mediante Resolución Nº 200 del 15 de junio de 2024 se cambia la designación de supervisión a **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**, Gerente de la Gerencia de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad de la secretaria Social.

6) Que el plazo de ejecución inicial del contrato se pacto por un termino inicial de seis (06) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, quedando como fecha de terminación inicial el 18 de junio de 2024.

7) Las actividades del objeto contractual fueron ejecutadas dentro del plazo pactado y recibidas a satisfacción por el Supervisor **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**, como consta en el informe de supervisión el día 18 de diciembre de 2024, quien asume la responsabilidad por la veracidad de la información allí consignada.

8) El Contratista allegó Certificación de Paz y Salvo de seguridad social y parafiscales y planilla de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, cuya revisión fue realizada por el Supervisor y/o Interventor, quien da fe en la presente acta de que los valores cancelados corresponden al porcentaje establecido por el Gobierno Nacional.

Scanned with CamScanner

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

9) Que, finalizado el tiempo programado para la ejecución del Contrato arriba descrito, suscribieron en la fecha del 17 de diciembre de 2024, el Acta de finalización, previa verificación del cumplimiento del objeto y de las obligaciones contractuales, y de esta forma se declaró la terminación de la ejecución del acto contractual.

10) EL DEPARTAMENTO DEL META, la SUPERVISIÓN y el CONTRATISTA, manifiestan que las garantías para la ejecución del contrato objeto de la presente liquidación, se encuentran a la fecha ajustadas a los límites de existencia y de extensión del riesgo amparado y exigido para avalar las obligaciones que se deben cumplir con posterioridad a la extinción del presente contrato, a través de las siguientes pólizas (De acuerdo a las exigencias del contrato):

Póliza de cumplimiento oficial No. 30-46-101014731 de fecha 14/06/2024 expedida por la aseguradora SEGUROS DEL ESTADO.

Póliza de Cumplimiento No.:	30-46-101014731 Anexo 2	**FECHA:**	31/12/2024
AMPAROS (De acuerdo a las exigencias del contrato)	**VIGENCIA**		**Valor Asegurado**
	DESDE	**HASTA**	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	18/06/2024	24/04/2025	$19.908.458
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	18/06/2024	18/04/2028	$9.954.229
CALIDAD DEL SERVICIO	18/06/2024	24/04/2025	$19.908.458
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	18/06/2024	24/04/2025	$19.908.458

Póliza de seguridad civil extracontractual derivada de cumplimiento RCE contratos No. 30-54 101001059 de fecha 14/06/2024 expedida por la aseguradora SEGUROS DEL ESTADO.

Póliza de Cumplimiento No.:	30-54-101003059 Anexo 2	**FECHA:**	31/12/2024
AMPAROS (De acuerdo a las exigencias del contrato)	**VIGENCIA**		**Valor Asegurado**
	DESDE	**HASTA**	
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	18/06/2024	24/12/2024	$260.000.000

10) A continuación se registra la trazabilidad de la ejecución financiera del contrato:

TRAZABILIDAD DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA				
CONCEPTO	**No.**	**Valor**	**Periodo**	**Porcentaje**

Scanned with CamScanner

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

	Comprobante de egreso		De pago	de ejecución
Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Primer pago	16905	$33.180.763,33	18/06/2024-17/07/2024	16,67%
Segundo pago	19183	$33.180.763,33	18/07/2024-17/08/2024	16,67%
Tercer pago	20971	$33.180.763,33	18/08/2024-17/09/2024	16,67%
Cuarto pago	21039	$33.180.763,33	18/09/2024-17/10/2024	16,67%
Quinto pago	21052	$33.180.763,33	18/10/2024-17/11/2024	16,67%
Sexto pago autorizado en la presente acta	N/A	$33.180.763,35	18/11/2024-17/12/2024	16,65%
Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor ejecutado	N/A	$199.084.580,00	18/06/2024-17/12/2024	100%
Valor no ejecutado	N/A	0	N/A	N/A
Sumatoria. Valor ejecutado + valor no ejecutado	N/A	$199.084.580,00	18/06/2024-17/12/2024	**100%**

11) Frente a la ejecución del presente contrato, el supervisor presenta el siguiente balance:

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**DEBE**	**HABER**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO O CONVENIO:	**$199.084.580**	
(+) ADICIONES AL CONTRATO	N/A	N/A
(+) VALOR DE REAJUSTES O ACTUALIZACIONES	N/A	N/A
VALOR PAGADO ANTICIPO	N/A	N/A
Otros Pagos Parciales Efectuados Al Contratista	N/A	**$165.903.816,65**
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	0,00	**$33.180.763,35**
(-) VALOR NO EJECUTADO SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	0,00	**0.00**
SUMAS IGUALES	**$199.084.580**	**$199.084.580**

TOTAL, RECURSOS EJECUTADOS	**$199.084.580**
TOTAL, RENDIMIENTOS FINANCIEROS	$0

El contratista y supervisor informan que, durante la ejecución, los recursos destinados para el desarrollo del del contrato en mención, no se produjeron rendimientos financieros toda vez que el CONTRATISTA no fue sujeto de anticipo durante la ejecución del contrato.

En la presente Acta de liquidación se concluye que el contrato obtuvo una ejecución física del 100% y una

Scanned with CamScanner

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1215 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACIÓN LA CASA DEL ALFARERO

ejecución financiera por valor de **CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($199.084.580),** correspondiente al 100% del valor total del contrato.

Por lo anteriormente descrito, se conviene en liquidar por mutuo acuerdo el contrato en mención; en consecuencia, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con el objeto contratado, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones sin perjuicio de los requerimientos que llegaren a presentarse con fundamento en las garantías presentadas.

En constancia se firma la presente acta de liquidación bilateral por los intervinientes en Villavicencio en la fecha, 30 DIC 2024

DIANA MARCELA GIRALDO AVILA **Secretaria Social** **Cargo Ordenador del Gasto**	**CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO** **RL. ANGELA MARIA VARGAS** **Contratista**
SUPERVISORA **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**	**Vo. Bo. Para Publicación SECOP** **JUAN PABLO REYES G.** **JUAN PABLO REYES GONZALEZ** **Gerente de Asuntos Contractuales**
V. B. Abogado Secretaria Jurídica	**V. Bo. Financiero Secretaria Jurídica**

V.B. PARA PUBLICAR EN SECOP II

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

Scanned with CamScanner