BOGOTÁ SECRETARÍA DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA

# CERTIFICADO DE SUPERVISION E INTERVENTORIA PARA LA GESTION DE CUENTAS



Objeto: 12985-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE EL ENFOQUE DEL TRABAJO SOCIAL, DE MANERA INDIVIDUAL Y GRUPAL A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LA CARCEL DISTRITAL DE VARONES Y ANEXO DE MUJERES.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | PRESTACION SERV. PROFESIONALES | Cédula o Nit: | **CC 52111267** |
| Contratista | **Yolima Castillo Guzman** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Suscripción | 14-03-2025 | Fecha Acta Inicio | 21-03-2025 | Fecha Terminación | 31-12-2025 |
| **Valor Contrato** | **$50,000,000.00** | Plazo Ejecución | 10 Meses sin que exceda el 31 de diciembre del 2025 | | |

**Período certificado:** **Entre el 01 de mayo de 2025 y el 31 de Mayo de 2025**

**Registros Presupuestales y Valores a Afectar**

| Año | UE | RP No | CDP No | Rubro | Fte-Det Fte | Concepto de Gasto | Valor Bruto | Iva | Valor antes de Iva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2025** | **01** | **749** | **699** | 3-3-01-17-1207-20240305-09-005-O2301171207202403050 9- Implementación un modelo de gestión carcelario y detención con enfoque restaurativo para la población privada de la libertad y pospenada en Bogotá DC-005_Documentos de lineamientos técnicos | 1-100-F001-91207005 | O2320-20200-991112-Servicios ejecutivos de la administración pública | **$5,000,000** | $ | $5,000,000 |
| | | | | TOTAL CERTIFICADO | | | **$5,000,000** | **$** | **$5,000,000** |

**Valor en letras:** Cinco Millones Pesos M/Cte. ($5,000,000.00)

**Resumen Financiero**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pagos Anteriores:** | **$6,666,667.00** | **Presente Certificación:** | **$5,000,000.00** | **Saldo Contrato:** | **$43,333,333.00** |

**Información Aportes a Seguridad Social**

**PLANILLA MES:** MAYO 86677715

| Tipo Aporte | Valor Deducible |
|---|---|
| PENSION | $320,000.00 |
| SALUD | $250,000.00 |
| **TOTAL** | **$570,000.00** |

**Declaración:** Con su firma el supervisor y/o interventor del contrato, convenio, orden, (según lo que corresponda), certifica bajo su entera responsabilidad, que el contratista cumplió a entera satisfacción con el objeto, con las obligaciones pactadas y con las demás condiciones, aprobando los documentos físicos y/o magnéticos recibidos (facturas, informes, formatos, copias planillas de aportes al sistema general de seguridad social y demás soportes), los cuales se ajustan a las condiciones y requisitos establecidos en la cláusula forma de pago, los requisitos de ley e Instructivo de Pagos (I-GF-1) de la Dirección Financiera, autorizando el pago de acuerdo con los soportes anexos y los remitidos al expediente contractual correspondiente.

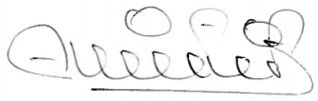
**OBSERVACIONES: PAGO SEGURIDAD SOCIAL,SALUD,PENSION PLANILLA MES MAYO 86677715, ARL RIESGO 5**

**Nombre del Supervisor y/o Interventor :**

**Adriana Patricia Hernandez Marin**

**Cargo:** Director(A) De La Carcel Distrital De Varones Y Anexo De Mujeres

Firma(s) del (los) Supervisor(es)



**Elaborado por:** Angie Katherine Rodriguez

**DEVOLUCION POR LA DIRECCION FINANCIERA**

| Causal | Fecha | No. Radicado de salida | Devuelto por: |
|---|---|---|---|
| | | | |

Código de validez de este documento firmado 50EC4C8328A248F909161F722AB3B74B

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 | 52111267 | YOLIMA CASTILLO GUZMAN | CRA 71A BIS # 5A-63 | 7893958 | yolimacastilloguzman@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 26/05/2025 | 86677715 | $624.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 273.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 273.900 | 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 | 350.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 350.600 | 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 | | | | | | | | | | |

**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 | 273.900 | 273.900 |
| Pensión | 1 | 350.600 | 350.600 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 624.500 | 624.500 |

PAGADA

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 | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52111267 | YOLIMA CASTILLO GUZMAN | | CRA 71A BIS # 5A-63 | 7893958 | yolimacastilloguzman@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 26/05/2025 | 86677715 | $624.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | 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 de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52111267 | CASTILLO GUZMAN YOLIMA | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.191.200 | 350.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS001 | 2.191.200 | 273.900 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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