



INSTITUTO DISTRITAL DE
RECREACIÓN
Y DEPORTE



INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDR D

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.
08
FECHA DEL INFORME
31-05-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-3674-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN FERNANDO GONZALEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1023876159
PLAZO DE EJECUCIÓN	5 meses
VALOR	\$ 21.980.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2024-10-15
FECHA DE TERMINACIÓN	06/05/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	2024-12-07 - 2025-01-19, 2025-04-12 - 2025-04-20
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.396.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-05-01 - 2025-05-06
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LOS PROCESOS DE FORMACION Y ORIENTACION PEDAGOGICA DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES, EVIDENCIAS Y UBICACIÓN
---------------------------------	--

<p>Obligación 1: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de a sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido) , adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p>Actividad:</p> <p>Para el mes de MAYO de 2025 se realizo la planificación de las sesiones de clase teniendo en cuenta el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria, Para La Disciplina De Capoeira se realizo el llamado de asistencia para cada uno de los 4 grupos del centros de interés, permitiendo así la verificación de cada estudiantes que esta asistiendo o faltando a clase, y poder hacer un seguimiento y control a casos especiales.</p> <p>Evidencias: Se anexa informe del SIM pdf.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>
<p>Obligación 2: Asistir y realizar las sesiones de clase, y/o cualquier actividad complementaria necesaria para el adecuado desarrollo del proyecto, prestando sus servicios, de manera presencial, conforme con las indicaciones establecidas por el supervisor del contrato, o por medio de plataformas virtuales; y/u otras modalidades de ejecución alternativas que resulten necesarias y le sean asignadas, para el buen desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas por el proyecto.</p>	<p>Actividad: Se asistió y realice las sesiones de clase para el mes de MAYO de 2025 en el Colegio José Félix Restrepo cede B, presente mis servicios de manera presencial, conforme con las indicaciones establecidas por el supervisor del contrato, para el buen desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas por el proyecto JEC.</p> <p>evidencia: Se anexa soporte en pdf Obligación #2.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>

<p>Obligación 3: Solicitar a las instituciones educativas distritales IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), estableciendo el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>Para el presente mes de MAYO de 2025 se tiene en cuenta el siguiente protocolo que se seguirá implementado en el presente año en la Institución Educativa Distrital Colegio José Félix Restrepo sede B. Protocolo: Antes de comenzar cada una de nuestras sesiones de clase, en cada uno de los cuatro grupos asignados, se pregunta al docente enlace si alguno de los niños, presenta alguna novedad medica que le impida realizar actividad física. Mientras el colegio nos subministra la base de datos general y lograr identificar los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), estableciendo el alcance de las actividades a desarrollar y poder pedir a los estudiantes, que lleven copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido por la institución educativa.</p> <p>Evidencias: Se anexa listado de estudiantes con discapacidad pdf.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>
<p>Obligación 4: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDR-STRD o Dirección General.</p>	<p>Evidencia: Para el presente mes de MAYO de 2025 se cuenta con la disposición y disponibilidad para las diferentes capacitaciones presenciales y virtuales que sean asignadas para el desarrollo del proyecto, bajo la dirección de la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDR-STRD o Dirección General. 1) Reunión Formadores Master - centro de interés Capoeira, Fecha: 06/04/2025 el encuentro se realizo por la plataforma Google Meet, los temas que se trataron fueron los siguientes: metodología que se va a utilizar para la detección de talentos deportivos para la construcción de los futuros semilleros, 2) cada formador debe crear un semillero en el colegio asignado y reportar estos avances a la coordinación de semilleros deportivos del programa JEC.</p> <p>evidencia: Se anexa Acta de Reunión 06/05/2025 pdf.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>

<p>Obligación 5: Socializar los lineamientos y orientaciones pedagógicas y de talentos deportivos del proyecto con los contratistas que integren el centro de interés 1 vez por semestre y realizar acta de la gestión realizada, acompañando la elaboración de documentos base para su centro de interés, disciplina y agrupación deportiva.</p>	<p>Actividad: Para el periodo del mes de MAYO de 2025, No se socializaron los lineamientos, orientaciones pedagógicas y de talento deportivos del proyecto con los contratistas que integran el centro de interés de Actividad Física (CAPOEIRA) ya que el Instituto Distrital de Recreación y Deporte se encuentra en proceso de contratación . Sin embargo en la ultima reunión que se realizo en el mes de enero de 2025 se dio la indicación que cada mes se debe realizar la actualización del Plan Pedagógico De Formación Y Entrenamiento Deportivo Para La Disciplina De Capoeira para cada uno de los 4 grupos del centros de interés, los formadores profesionales se deben encargar de dicha tarea, permitiendo mejorar la planificación de las sesiones de clase en cada uno de los 4 ciclos de formación deportiva.</p> <p>Evidencias: Se anexa Plan Pedagógico pdf.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDRDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>
<p>Obligación 6: Identificar, consolidar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y orientaciones establecidas por el componente de talentos deportivos y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED trimestralmente, el contratista reportará y adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses.</p>	<p>Actividad: Para el mes de MAYO de 2025 No se identificaron estudiantes del centro de interés de (CAPOEIRA) que cumplan con las condiciones establecidas por el componente de talentos deportivos. En el momento que se identifique algún alumno con las condiciones establecidas, se reportara al profesional encargado.</p>
<p>Obligación 7: Asistir y/o participar a las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRDR, así mismo participar y apoyar la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.</p>	<p>Actividad: para el mes de MAYO de 2025 se conto con la disposición para cumplir esta obligación sin embargo por motivos de terminación del contrato no se logro asistir a ninguna reunión de fortalecimiento.</p> <p>Evidencias: Obligación # 7 pdf.</p> <p>Ubicación: Evidencias SECOP II CTO IDRDR-STRD CPS-3674-2024 # 7 INFORME MES DE MAYO DE 2025</p>
<p>Obligación 8: Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.</p>	<p>Actividad: Para el mes de MAYO de 2025 se cuenta con la mejor disposición, para lograr el objeto contractual en coordinación del supervisor del Programa JEC.</p>

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	\$ 219.800,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	\$ 281.400,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 42.900,00
	TOTAL	\$ 544.100,00

[Ver Planilla de Pago](#)

4. ANEXOS

Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.

[Ver Informe Final](#)

[Ver Paz y Salvo Sistemas](#)

[Ver Paz y Salvo Almacén](#)



Firma Contratista

Nombre Completo: EDWIN FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ

No. Identificación: 1023876159

Cargo: CONTRATISTA

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

Nombre Completo: WILLIAM RENE TORRES AGUDELO

No. Identificación: 80240522

Cargo: ASESOR 105-01

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 3674 de 2024, suscrito entre el IDR D y EDWIN FERNANDO GONZALEZ identificado con C.C 1023876159, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. SI NO

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
 Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) SI NO

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta SI NO

D. Soy responsable de Iva SI NO

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de:

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2024 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) SI NO

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

• Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario SI NO

• Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI NO

• Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (% de 1 a 100) (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8). A mi favor

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2024 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** **NO**
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.
4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** **NO**
Anexar copia del pago.
5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** **NO**
Anexar copia de la consignación.
6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** **NO**
7. Número de dependientes
- Hijos menores de 18 años **SI** **NO**
Requiere registro civil.
 - Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** **NO**
Requiere anexar certificación semestral de pago de matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
 - Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
 - Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.



Firma: _____
Nombre: EDWIN FERNANDO GONZALEZ
Cédula: 1023876159

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023876159	NÚMERO PLANILLA:	7968448050	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	EDWIN FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	TRANSVERSAL 1 # 48H-12 SUR APTO 202	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1467608594
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/08		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400
SUBTOTALES:										\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800
SUBTOTALES:										\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	\$ 42.900	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	\$ 0
SUBTOTALES:										\$ 42.900	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 35.200	\$ 0	\$ 35.200								
SUBTOTALES:			\$ 35.200	\$ 0	\$ 35.200								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU															
1	CC 1023876159	GONZALEZ EDWIN FERNANDO	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.758.400			NO																	230201-PROTECCION	30	1.758.400	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 281.400	EPS017-FAMISANAR	30	1.758.400	\$ 219.800	\$ 0	\$ 219.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.758.400	\$ 42.900	\$ 0	\$ 42.900	CCF24-COMPENSAR	\$ 35.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	

TOTAL PAGADO: \$ 579.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTA DISTRITO CAPITAL TRANSVERSAL 1 # 48H-12 SUR APTO 202 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: EDWIN FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ BOGOTA - DISTRITO CAPITAL 3759555 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	1023876159	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	MES mayo AÑO 2025 0 2025/05/19	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MORA MAYO AÑO 2025	I-INDEPENDIENTES 2025 1491086257

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400
SUBTOTALES:										\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 281.400

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800
SUBTOTALES:										\$ 219.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.800	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	\$ 42.900	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900
SUBTOTALES:										\$ 42.900	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 35.200	\$ 0	\$ 35.200								
SUBTOTALES:			\$ 35.200	\$ 0	\$ 35.200								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU															
1	CC 1023876159	GONZALEZ GONZALEZ EDWIN FERNANDO	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.758.400			NO																	230201-PROTECCION	30	1.758.400	\$ 281.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 281.400	EPS017-FAMISANAR	30	1.758.400	\$ 219.800	\$ 0	\$ 219.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.758.400	\$ 42.900	\$ 0	\$ 42.900	CCF24-COMPENSAR	\$ 35.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															

TOTAL PAGADO: \$ 579.300