OBLIGACIÓN #10

10.1 Informe Financiero

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS QUE PERMITAN EL FORTALECIMIENTO, CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y DESARROLLO DE CAPACIDADES, EL EJERCICIO DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, LA PREVENCIÓN DEL FEMINICIDIO, EL CUIDADO A CUIDADORAS, LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA PREVENCIÓN DE TODO TIPO DE VIOLENCIAS EN LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS EN EL MARCO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL.

Pro&consult
Proyectos & Consultorías RC SAS

NOMBRE DEL PROPONENTE:	PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS	NIT	900.270.352-0
OBJETO	Prestar los servicios para el desarrollo de las actividades contractuales que permitan el fortalecimiento, construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades, el ejercicio de la defensa de los derechos de las mujeres, la prevención del feminicidio, el cuidado a cuidadoras, la promoción del buen trato y la prevención de todo tipo de violencias en la localidad de barrios unidos en el marco de los proyectos de inversión del Plan de Desarrollo Local.	# CONTRATO	490-2024 CPS (120565)
		VALOR $	$ 757.157.476

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

No.	PROYECTO DE INVERSIÓN	COMPONENTES	META	ITEM / REFERENCIA	BIENES / O SERVICIO	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	UNIDAD	CANTIDAD (A)	VALOR DE REFERENCIA CON IVA	VALOR OFERTADO INCLUIDO IVA (B)	VALOR TOTAL OFERTADO INCLUIDO IVA (C)	PRIMER PAGO		SEGUNDO PAGO		TERCER PAGO		CUARTO PAGO LIQUIDACION 10%	
												FECHA INICIO	FECHA FINAL	FECHA INICIO	FECHA FINAL	FECHA INICIO	FECHA FINAL	FECHA INICIO	FECHA FINAL
												15/1/2025	15/3/2025	16/3/2025	16/5/2025	17/5/2025	14/7/2025	15/7/2025	3/8/2025
												CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR	CANTIDAD	VALOR
1	TODOS	Transversal del proceso contractual	**TODOS**	Talento humano	COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO CONTRACTUAL	Una persona con título profesional en Administración pública y/o administración de empresas y/o ciencias sociales y/o políticas y/o humanas y de conformidad con los núcleos básicos del conocimiento del SNIES con especialización y/o maestría en género y/o feminismos y/o afines. Experiencia mínima de tres (3) años en Coordinación de proyectos de mujeres y/o género y/o prevención de violencias asociados con componentes asociadas en el proyecto.	Mes	6	$ 7.457.000	$ 7.158.720	$ 42.952.320	2	$ 14.317.440	2	$ 14.317.440		$ -		$ -
2	TODOS	Transversal del proceso contractual	TODOS	Talento humano	PROFESIONAL DE APOYO	Una persona con título profesional en ciencias sociales y/o políticas y/o humanas y/o administración pública y/o de empresas de conformidad con los núcleos básicos del conocimiento del SNIES. Experiencia de mínimo un (1) año en procesos de investigación y/o participación de la política pública de mujer y equidad de género.	Mes	6	$ 4.771.000	$ 4.582.080	$ 27.492.480	2	$ 9.164.160	2	$ 9.164.160		$ -		$ -
3	TODOS	Transversal del proceso contractual	TODOS	Talento humano	APOYOS LOGÍSTICOS	Cuatro personas realizando el apoyo territorial: Con título de Bachiller, residentes de la localidad Experiencia laboral de mínima de 35 meses, de los cuales deberán ser 1 año en procesos participativos Nota: Son 4 apoyos territoriales, por 6 meses cada persona	Mes	24	$ 2.088.000	$ 2.004.480	$ 48.107.520	8	$ 16.035.840	8	$ 16.035.840		$ -		$ -
4	TODOS	Equipo de trabajo Yuliana Samboni	TODOS	Talento humano	TALLERISTAS DE PROYECTO	Tres personas con título profesional en psicología y/o trabajo social. Experiencia mínima de dos (2) años en trabajo con PPMYG y conocimiento específico en escuela de feminismo, salud menstrual, derechos sexuales y reproductivos. Disponibilidad 100% Nota: Son 3 talleristas de proyecto, por 6 meses cada persona	Mes	18	$ 6.458.000	$ 6.199.680	$ 111.594.240	6	$ 37.198.080	6	$ 37.198.080		$ -		$ -
14	YULIANA SAMBONI	Transversal de la meta	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Encuentros de desarrollo para el fortalecimiento de las capacidades y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres	MODELO DE CAVIDAD PÉLVICA SAGITAL	Modelo de cavidad pélvica sagital con vista diferenciada por colores de los órganos internos del aparato reproductor femenino, material de PVC, no tóxico e inofensivo, resistente a la oxidación. Tamaño a escala real Nota: Este objeto quedará en custodia de la Oficina de Desarrollo Social de la Alcaldía de Barrios Unidos	Unidad	1	$ 2.052.300	$ 1.970.208	$ 1.970.208		$ -	1	$ 1.970.208		$ -		$ -
15	YULIANA SAMBONI	Transversal de la meta	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Encuentros de desarrollo para el fortalecimiento de las capacidades y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres	MODELO DE UTERO	Modelo ampliado del útero, vista frontal de órganos internos del aparato reproductor femenino, material de PVC, no tóxico e inofensivo, resistente a la oxidación. Tamaño 22x11x14cm incluye modelo de ovario y base Nota: Este objeto quedará en custodia de la Oficina de Desarrollo Social de la Alcaldía de Barrios Unidos	Unidad	1	$ 1.647.500	$ 1.581.600	$ 1.581.600		$ -	1	$ 1.581.600		$ -		$ -
52	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	BOLSA PLEGABLE DE ALGODÓN CON ASAS LARGAS	Bolsa Ecológica Plana en Tela 100% reciclable y biodegradable con mangos largos, Color Beige Medidas 42,0 x 38,0 x 0,2 cm, estampado a una tinta. Máximo marcaje 280mm x 280 mm	Unidad	100	$ 5.350	$ 5.136	$ 513.600		$ -	100	$ 513.600		$ -		$ -
53	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	BOLSAS PAPEL	Pack de 100 Bolsas de papel de 2 libras	Pack	1	$ 5.900	$ 5.664	$ 5.664		$ -	1	$ 5.664		$ -		$ -
54	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	AGENDA ECOLÓGICA CON SEPARADORES	Dimensiones en cm: Largo 25, Alto 20. con 200 hojas en papel reciclable de 58gr a 75gr, cuadriculadas impresión a 1 tinta con logos institucionales. Cartóulo: en cartón rígido 1.8 mm acabado brillante, impresión en policromía; 4 separadores de 75gr en papel reciclable, impresión en policromía por ambas caras del separador acabado brillante. Tipo argollado.	Unidad	100	$ 35.350	$ 33.936	$ 3.393.600		$ -	100	$ 3.393.600		$ -		$ -
55	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	CALENDARIO MENSTRUAL	Calendario Anillado de formato Horizontal alto 17cm x ancho 23 cm, diseño alusión calendario menstrual	Unidad	100	$ 7.900	$ 7.584	$ 758.400		$ -	100	$ 758.400		$ -		$ -
56	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	VOLANTES - VIOLENTÓMETRO	Volantes impresos en Papel Bond. Tamaño 1/2 de carta a cuatro (4) tintas, acabado brillante, impreso a 1 cara	Unidad	100	$ 1.950	$ 1.872	$ 187.200		$ -	100	$ 187.200		$ -		$ -
57	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	VOLANTES - ACOSÓMETRO	Volantes impresos en Papel Bond. Tamaño 1/2 de carta a cuatro (4) tintas, acabado brillante, impreso a 1 cara	Unidad	100	$ 1.950	$ 1.872	$ 187.200		$ -	100	$ 187.200		$ -		$ -
58	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	TOALLA TELA	EcoTela Menstrual: Toallas de tela, lavables y reutilizables. Con una capa de algodón, dos capas de toalla súper absorbente y súper delgada, un impermeable 100% transpirable, una capa de tela antideslizante y un broche de acero inoxidable. Medidas: 22 cm de largo x 9 cm de ancho.	Unidad	100	$ 19.650	$ 18.864	$ 1.886.400		$ -	100	$ 1.886.400		$ -		$ -
59	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	TOALLAS HIGIENICAS	Pack 10 toallas higiénicas antibacterial invisible	Unidad	100	$ 7.450	$ 7.152	$ 715.200		$ -	100	$ 715.200		$ -		$ -
60	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	TAMPONES	Pack 6 tampones medianos con aplicador reutilizable	Unidad	100	$ 63.180	$ 60.653	$ 6.065.300		$ -	100	$ 6.065.300		$ -		$ -
62	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	PAÑOS HUMEDOS	Paquete de Paños húmedos íntimos para mujeres x 16 unds c/u	Unidad	100	$ 6.600	$ 6.336	$ 633.600		$ -	100	$ 633.600		$ -		$ -
63	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	COPA MENSTRUAL CON ESTERILIZADOR	Copa Menstrual: Recipiente fabricado 100% con silicona hipoalergénica con vaso esterilizador	Unidad	100	$ 56.900	$ 54.624	$ 5.462.400		$ -	100	$ 5.462.400		$ -		$ -
64	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	DISCO MENSTRUAL	Disco Menstrual: Recipiente de silicona grado médico y con registro invima	Unidad	100	$ 96.500	$ 92.640	$ 9.264.000		$ -	100	$ 9.264.000		$ -		$ -
65	YULIANA SAMBONI	Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo	Capacitar 245 personas para la construcción de ciudadanía y desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las mujeres.	Sesiones formativas: Espacio de encuentro "Conozco mis derechos y aprendo de mi cuerpo"	REFRIGERIO TIPO 2	Un sólido: un sándwich de jamón y queso, jugo o avena en caja, fruta (manzana, pera, durazno, banano, mandarina, o ciruela) y dulce de chocolate. Que cumpla con las normas de Bioseguridad - Empacado	Unidad	100	$ 11.400	$ 10.944	$ 1.094.400		$ -	53	$ 580.032		$ -		$ -
81	YULIANA SAMBONI	Espacio de encuentro Cine foro: documental sobre la violencia de género	Vincular 500 personas en acciones para la prevención del feminicidio y la violencia contra la mujer.	Prevención de violencias	Proyector	Compra de proyector diseñado para girar (180°), soportar imágenes de proyección multiángulo, libre de instalación de soporte y adecuado para una variedad de entornos de habitación. Portabilidad inalámbrica, el proyector soporta proyección de pantalla 5GWiFi y 2.4 GWiFi, y emparejamiento Bluetooth con varios altavoces	Unidad	1	$ 360.942	$ 346.505	$ 346.505		$ -	1	$ 346.505		$ -		$ -
170	TODOS	Transversal de la meta	TODOS	Talento humano	COORDINADOR DEL COMPONENTE DE BUEN TRATO	Una persona con título Profesional en las Ciencias Sociales y/o administrativas y/o políticas y/o humanas, con experiencia mínima profesional de 23 meses en coordinación y/o ejecución de procesos sociales y/o cargos de nivel directivo y/o gerencial con población afectada por violencia intrafamiliar y/o sexual en situación de vulnerabilidad. Disponibilidad 100%	Mes	6	$ 4.771.000	$ 4.582.080	$ 27.492.480	2	$ 9.164.160	2	$ 9.164.160		$ -		$ -
171	TODOS	Transversal de la meta	TODOS	Talento humano	PSICÓLOGOS O PSICÓLOGAS	Dos personas con título profesional en Psicología con Tarjeta Profesional, con experiencia profesional de 23 meses en asesoría a familias en situación de violencia intrafamiliar o poblaciones vulnerables. Disponibilidad 100% Nota: Son 2 profesionales psicólogos o psicólogas, por 6 meses cada persona	Mes	12	$ 4.771.000	$ 4.582.080	$ 54.984.960	4	$ 18.328.320	4	$ 18.328.320		$ -		$ -
172	TODOS	Transversal de la meta	TODOS	Talento humano	TRABAJADOR(A) SOCIAL	Dos personas con título profesional en Trabajo Social con Tarjeta Profesional, con experiencia profesional de 23 meses en asesoría a familias en situación de violencia intrafamiliar o poblaciones vulnerables. Disponibilidad 100% Nota: Son 2 profesionales de trabajo social, por 6 meses cada persona	Mes	12	$ 4.771.000	$ 4.582.080	$ 54.984.960	4	$ 18.328.320	4	$ 18.328.320		$ -		$ -
173	TODOS	Transversal de la meta	TODOS	Talento humano	PROFESIONAL DE DERECHO	Una persona con título profesional en Derecho con posgrado en derecho de familia. Experiencia profesional de 36 meses en asesoría a familias en situación de violencia intrafamiliar o poblaciones vulnerables y/o rutas de atención para casos de violencia intrafamiliar. Disponibilidad 100%	Mes	6	$ 7.457.000	$ 7.158.720	$ 42.952.320	2	$ 14.317.440	2	$ 14.317.440		$ -		$ -
174	TODOS	Transversal de la meta	TODOS	Talento humano	MAESTRA/O EN ARTES	Una persona con título profesional en Artes y afines. Profesional con experiencia mínima de 23 meses en el trabajo lúdico pedagógico con grupos de familia, niñas, niños, adolescentes y jóvenes en temas relacionados con la promoción de las artes integrales (Artes escénicas, plásticas, visuales, etc.) Disponibilidad 100%	Mes	6	$ 4.771.000	$ 4.582.080	$ 27.492.480		$ -	2	$ 9.164.160		$ -		$ -
					PRESUPUESTO TOTAL INCLUIDO IVA						$ 757.157.476	X	$ 184.500.374		$ 179.568.839		$ -		$ -
												% AVANCE PERIODO	24%	% AVANCE PERIODO	24%	% AVANCE PERIODO	0%	% AVANCE PERIODO	0%
												% AVANCE ACUMULADO	24%	% AVANCE ACUMULADO	48%	% AVANCE ACUMULADO	48%	% AVANCE ACUMULADO	48%
												PRESUPUESTO DISPONIBLE	$ 572.657.102	PRESUPUESTO DISPONIBLE	$ 393.088.273	PRESUPUESTO DISPONIBLE	$ 393.088.273	PRESUPUESTO DISPONIBLE	$ 393.088.273
												FACTURA PYC 298	$ 10.287.819,00	FACTURA PYC 299	$ 32.970.877	FACTURA PYC		FACTURA PYC	
												FACTURA PYC X	$ 174.212.555,00	FACTURA PYC X	$ 146.597.962	FACTURA PYC		FACTURA PYC	
												TOTAL A FACTURADO	$ 184.500.374,00	TOTAL A FACTURADO	$ 179.568.839,00	TOTAL A FACTURADO	$ -	TOTAL A FACTURADO	

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS

ANA MARÍA MATEUS RAMÍREZ
Coordinador General
PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS

ANGELICA JOHANNA LLANOS FORERO
Apoyo a la supervisión
FONFO DE DESARROLLO DE BARRIOS UNIDOS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
PYC313
Forma de pago: Credito
Medio de pago: Transferencia Débito
Fecha de Vencimiento: 10/10/2025
Fecha generación: 11/08/2025 17:04:44
Fecha expedición: 11/08/2025 17:04:45

PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC SAS
NIT: 900279352-0
CARRERA 17#93-82 Of. 407
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia
TEL: 3118945444
financiera@proyconsult.com

FACTURADO A

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BARRIOS UNIDOS
NIT 899999061-9
CALLE 74 A # 63-04 BOGOTÁ. D.C. (DC)
angelica.llanos@gobiernobogota.gov.co
Principal

DATOS PARA ENTREGA

Principal
CALLE 74 A # 63-04
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia

CUFE: 31e1d4b714926e2b035db3e2ff231d3d721816098da483625f567f17821f4556f0a902615f03ae1db136ab16d76325d3

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
1	*490-1* COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO CONTRACTUAL Una persona con título profesional en Administración pública y/o administración de empresas y/o ciencias sociales y/o políticas y/o humanas y de conformidad con los núcleos básicos del conocimiento del SNIES con especialización y/o maestría en género y/o feministas y/o afines. Experiencia mínima de tres (3) años en Coordinación de proyectos de mujeres y/o género y/o prevención de violencias asociados con componentes asociados en el proyecto.	2	$6.015.731	19%	$12.031.462
2	*490-2* PROFESIONAL DE APOYO Una persona con título profesional en ciencias sociales y/o políticas y/o humanas y/o administración pública y/o de empresas de conformidad con los núcleos básicos del conocimiento del SNIES. Experiencia de mínimo un (1) año en procesos de investigación y/o participación de la política pública de mujer y equidad de género.	2	$3.850.487	19%	$7.700.974
3	*490-3* APOYOS LOGÍSTICOS Cuatro personas realizando el apoyo territorial: Con titulo de Bachiller, residentes de la localidad Experiencia laboral de mínima de 35 meses, de los cuales deberán ser 1 año en procesos participativos Nota: Son 4 apoyos territoriales, por 6 meses cada persona	8	$1.684.436	19%	$13.475.495
4	*490-4* TALLERISTAS DE PROYECTO Tres personas con título profesional en psicología y/o trabajo social. Experiencia mínima de dos (2) años en trabajo con PPMYEG y conocimiento especifico en escuela de feminismo, salud menstrual, derechos sexuales y reproductivos. Disponibilidad 100% Nota: Son 3 talleristas de proyecto, por 6 meses cada persona	6	$5.209.815	19%	$31.258.890
5	*490-75* REFRIGERIO TIPO 2 Un sólido: un sándwich de jamón y queso, jugo o avena en caja, fruta (manzana, pera, durazno, banano, mandarina, o ciruela) y dulce de chocolate. Que cumpla con las normas de Bioseguridad - Empacado	53	$9.197	19%	$487.441
6	*490-5* COORDINADOR DEL COMPONENTE DE BUEN TRATO Una persona con título Profesional en las Ciencias Sociales y/o administrativas y/o políticas y/o humanas, con experiencia mínima profesional de 23 meses en coordinación y/o ejecución de procesos sociales y/o cargos de nivel directivo y/o gerencial con población afectada por violencia intrafamiliar y/o sexual en situación de vulnerabilidad. Disponibilidad 100%	2	$3.850.487	19%	$7.700.974
7	*490-6* PSICÓLOGOS O PSICÓLOGAS Dos personas con titulo profesional en Psicologia con Tarjeta Profesional, con experiencia profesional de 23 meses en asesoría a familias en situación de violencia intrafamiliar o poblaciones vulnerables. Disponibilidad 100% Nota: Son 2 profesionales psicólogos o psicólogas, por 6 meses cada persona	4	$3.850.487	19%	$15.401.949

Total cantidad : 85

SUBTOTAL	$123.191.574
IVA	$23.406.399
TOTAL NETO	**$146.597.973**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - NO SOMOS AUTORETENEDORES, Actividad 0000 Tarifa 0,0x1000.

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764090700136 vigencia de 18/03/2025 al 18/03/2027 rango del 301 al 350 prefijo PYC. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
PYC313
Forma de pago: Credito
Medio de pago: Transferencia Débito
Fecha de Vencimiento: 10/10/2025
Fecha generación: 11/08/2025 17:04:44
Fecha expedición: 11/08/2025 17:04:45

PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC SAS
NIT: 900279352-0
CARRERA 17#93-82 Of. 407
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia
TEL: 3118945444
financiera@proyconsult.com

FACTURADO A
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BARRIOS UNIDOS
NIT 899999061-9
CALLE 74 A # 63-04 BOGOTÁ. D.C. (DC)
angelica.llanos@gobiernobogota.gov.co
Principal

DATOS PARA ENTREGA
Principal
CALLE 74 A # 63-04
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia

CUFE: 31e1d4b714926e2b035db3e2ff231d3d721816098da483625f567f17821f4556f0a902615f03ae1db136ab16d76325d3

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
8	*490-7* TRABAJADOR(A) SOCIAL Dos personas con título profesional en Trabajo Social con Tarjeta Profesional, con experiencia profesional de 23 meses en asesoría a familias en situación de violencia Intrafamiliar o poblaciones vulnerables. Disponibilidad 100% Nota: Son 2 profesionales de trabajo social, por 6 meses cada persona	4	$3.850.487	19%	$15.401.950
9	*490-7.1* PROFESIONAL DE DERECHO Una persona con título profesional en Derecho con posgrado en derecho de familia. Experiencia profesional de 36 meses en asesoría a familias en situación de violencia intrafamiliar o poblaciones vulnerables y/o rutas de atención para casos de violencia intrafamiliar. Disponibilidad 100%	2	$6.015.731	19%	$12.031.462
10	*490-200* MAESTRA/O EN ARTES Una persona con título profesional en Artes y afines. Profesional con experiencia mínima de 23 meses en el trabajo lúdico pedagógico con grupos de familia, niñas, niños, adolescentes y jóvenes en temas relacionados con la promoción de las artes integrales (Artes escénicas, plásticas, visuales, etc.) Disponibilidad 100%	2	$3.850.487	19%	$7.700.974

Total cantidad : 85

SUBTOTAL	$123.191.574
IVA	$23.406.399
TOTAL NETO	**$146.597.973**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - NO SOMOS AUTORETENEDORES, Actividad 0000 Tarifa 0,0x1000.

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764090700136 vigencia de 18/03/2025 al 18/03/2027 rango del 301 al 350 prefijo PYC. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
PYC299
Forma de pago: Credito
Medio de pago: Consignación bancaria
Fecha de Vencimiento: 29/05/2025
Fecha generación: 29/04/2025 18:57:22
Fecha expedición: 29/04/2025 18:57:23

PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC SAS
NIT: 900279352-0
CARRERA 17#93-82 Of. 407
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia
TEL: 3118945444
financiera@proyconsult.com

FACTURADO A
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BARRIOS UNIDOS
NIT 899999061-9
CALLE 74 A # 63-04 BOGOTÁ. D.C. (DC)
angelica.llanos@gobiernobogota.gov.co
Principal

DATOS PARA ENTREGA
Principal
CALLE 74 A # 63-04
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia

CUFE: b7762f0bf11c3682fae98d02667aa06145b8603ae957c863e43309388e49ea1c81e9bebb465c4ffaf35a5509006a41f3

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
1	*490-26* MODELO DE CAVIDAD PÉLVICA SAGITAL Modelo de cavidad pélvica sagital con vista diferenciada por colores de los órganos internos del aparato reproductor femenino, material de PVC, no tóxico e inofensivo, resistente a la oxidación. Tamaño a escala real Nota: Este objeto quedará en custodia de la Oficina de Desarrollo Social de la Alcaldía de Barrios Unidos	1	$1.655.636,98	19%	$1.655.636,98
2	*490-27* MODELO DE UTERO Modelo ampliado del útero, vista frontal de órganos internos del aparato reproductor femenino, material de PVC, no tóxico e inofensivo, resistente a la oxidación. Tamaño 22x11x14cm incluye modelo de ovario y base Nota: Este objeto quedará en custodia de la Oficina de Desarrollo Social de la Alcaldía de Barrios Unidos	1	$1.329.075,63	19%	$1.329.075,63
3	*490-28* BOLSA PLEGABLE DE ALGODÓN CON ASAS LARGAS Bolsa Ecológica Plana en Tela 100% reciclable y biodegradable con mangos largos, Color Beige Medidas 42,0 x 38,0 x 0,2 cm, estampado a una tinta. Máximo marcaje 280mm x 280 mm	100	$4.315,97	19%	$431.597,00
4	*490-29* BOLSAS PAPEL Pack de 100 Bolsas de papel de 2 libras	1	$4.759,66	19%	$4.759,66
5	*490-25* AGENDA ECOLÓGICA CON SEPARADORES Dimensiones en cm: Largo 25, Alto 20. con 200 hojas en papel reciclable de 58gr a 75gr, cuadriculadas impresión a 1 tinta con logos institucionales	100	$28.517,65	19%	$2.851.765,00
6	*490-30* CALENDARIO MENSTRUAL Calendario Anillado de formato Horizontal alto 17cm x ancho 23 cm, diseño alusión calendario menstrual	100	$6.373,11	19%	$637.311,00
7	*490-10* Volantes - Violentometro Volantes impresos en Papel Bond. Tamaño 1/2 de carta a cuatro (4) tintas, acabado brillante, impreso a 1 cara.	100	$1.573,11	19%	$157.311,00
8	*490-11* Volantes - Acosometro Volantes impresos en Papel Bond. Tamaño 1/2 de carta a cuatro (4) tintas, acabado brillante, impreso a 1 cara	100	$1.573,11	19%	$157.311,00
9	*490-31* TOALLA TELA EcoTela Menstrual: Toallas de tela, lavables y reutilizables. Con una capa de algodón, dos capas de toalla súper absorbente y súper delgada, un impermeable 100% transpirable, una capa de tela antideslizante y un broche de acero inoxidable. Medidas: 22 cm de largo x 9 cm de ancho.	100	$15.852,10	19%	$1.585.210,00
10	*490-32* TOALLAS HIGENICAS Pack 10 toallas higiénicas antibacterial invisible	100	$6.010,08	19%	$601.008,00
11	*490-33* TAMPONES Pack 6 tampones medianos con aplicador reutilizable	100	$50.968,91	19%	$5.096.891,00
12	*490-34* PAÑOS HUMEDOS Paquete de Paños húmedos íntimos para mujeres x 16 unds c/u	100	$5.324,37	19%	$532.437,00

Total cantidad : 1,104

SUBTOTAL	$27.706.619,94
IVA	$5.264.257,79
TOTAL NETO	**$32.970.877,73**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - NO SOMOS AUTORETENEDORES, Actividad 0000 Tarifa 0,0x1000.

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764081438988 vigencia de 11/10/2024 al 11/10/2025 rango del 288 al 300 prefijo PYC. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Proveedor Tecnológico : **ALIADDO SAS NIT:830099008-5** - www.aliaddo.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
PYC299
Forma de pago: Credito
Medio de pago: Consignación bancaria
Fecha de Vencimiento: 29/05/2025
Fecha generación: 29/04/2025 18:57:22
Fecha expedición: 29/04/2025 18:57:23

PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC SAS
NIT: 900279352-0
CARRERA 17#93-82 Of. 407
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia
TEL: 3118945444
financiera@proyconsult.com

FACTURADO A
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BARRIOS UNIDOS
NIT 899999061-9
CALLE 74 A # 63-04 BOGOTÁ. D.C. (DC)
angelica.llanos@gobiernobogota.gov.co
Principal

DATOS PARA ENTREGA
Principal
CALLE 74 A # 63-04
BOGOTÁ. D.C. (DC) Colombia

CUFE: b7762f0bf11c3682fae98d02667aa06145b8603ae957c863e43309388e49ea1c81e9bebb465c4ffaf35a5509006a41f3

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
13	*490-35* COPA MENSTRUAL CON ESTERILIZADOR Copa Menstrual: Recipiente fabricado 100% con silicona hipoalergénica con vaso esterilizador	100	$45.902,52	19%	$4.590.252,00
14	*490-36* DISCO MENSTRUAL Disco Menstrual: Recipiente de silicona grado médico y con registro Invima	100	$77.848,74	19%	$7.784.874,00
15	*490-37* PROYECTOR Compra de proyector diseñado para girar (180°), soportar imágenes de proyección multiángulo, libre de instalación de soporte y adecuado para una variedad de entornos de habitación. Portabilidad inalámbrica, el proyector soporta proyección de pantalla 5GWiFi y 2.4GWIFI, y emparejamiento Bluetooth con varios altavoces	1	$291.180,67	19%	$291.180,67

Total cantidad : 1,104

SUBTOTAL	$27.706.619,94
IVA	$5.264.257,79
TOTAL NETO	**$32.970.877,73**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - NO SOMOS AUTORETENEDORES, Actividad 0000 Tarifa 0,0x1000.

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764081438988 vigencia de 11/10/2024 al 11/10/2025 rango del 288 al 300 prefijo PYC. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Ingreso de almacén

Unidad ejecutora: 12 ALCALDIA LOCAL DE BARRIOS UNIDOS **Tipo de ingreso:** INGRESO_COMPRA_INVERSION
Numero ingreso: 54 **Interno:** 755 **Estado ingreso:** APROBADO **Vigencia ingreso:** 2025 **Fecha ingreso:** 19 mayo 2025
Documento soporte: DE **Número doc. soporte:** 4902024 **Fecha doc. soporte:** 19 mayo 2025
Proveedor: NIT 900279352 PROYECTOS & CONSULTORIAS R C SAS
Documento remisión: FACTURA **Número doc. remisión:** 299 **Fecha doc. remisión:** 19 mayo 2025
Encargado de bodega: JANETH RAMON BARRIOS **Dependencia solicitante:** 1212320000000 ALMACEN
Observaciones: INGRESO SUMINISTRO ELEMENTOS CPS 490 2024 PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC FACTURA N° PYC299

Ítem	Elemento	Nombre del elemento	Unidad de medida	Cantidad	Cuenta contable	Valor unitario con IVA	Valor total
1	3288	ENCAJABLES	UNIDAD	1	1-5-10-39-01	1.976.620,00	1.976.620,00
		MODELO	CAVIDAD PÉLVICA SAGITAL		UNIDAD		
2	3288	ENCAJABLES	UNIDAD	1	1-5-10-39-01	1.575.559,00	1.575.559,00
		MODELO	MODELO DE UTERO		UNIDAD		
3	4385	BOLSA ECOLOGICA	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	5.135,00	513.500,00
		BOLSA PLEGABLE	DE ALGODÓN CON ASAS LARGAS		UNIDAD		
4	4385	BOLSA ECOLOGICA	UNIDAD	1	1-5-10-90-01	5.794,00	5.794,00
		BOLSAS PAPEL	PAQUETE POR 100 UNIDADES		PAQUETE		
5	1744	AGENDA	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	33.935,00	3.393.500,00
		AGENDAS	ECOLÓGICA CON SEPARADORES		UNIDAD		
6	4021	CALENDARIO	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	7.584,00	758.400,00
		CALENDARIO	CALENDARIO MENSTRUAL		UNIDAD		
7	615	VOLANTES	UNIDAD	100	1-5-10-04-01	1.872,00	187.200,00
		VOLANTES	VIOLENTOMETRO T. MEDIIA CARTA		UNIDAD		
8	615	VOLANTES	UNIDAD	100	1-5-10-04-01	1.872,00	187.200,00
		VOLANTES	ACOSOMETRO T MEDIA CARTA		UNIDAD		
9	3005	TOALLAS HIGIENICAS	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	18.864,00	1.886.400,00
		TOALLA ECO	TOALLAS DE TELA LAVABLES HIGIE		UNIDAD		
10	3005	TOALLAS HIGIENICAS	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	7.152,00	715.200,00
		TOALLA HIGIENICA	ANTIBACTERIAL PAQUETE * 10 UNI		PAQUETE		
11	3948	TAMPONES	UNIDAD	100	1-5-10-61-01	60.652,00	6.065.200,00
		TAMPONES	MEDIANOS CON APLICADOR REUTIL		UNIDAD		
					Total elementos de consumo:		**17.264.573**

Ingreso de almacén

Unidad ejecutora: 12 ALCALDIA LOCAL DE BARRIOS UNIDOS **Tipo de ingreso:** INGRESO_COMPRA_INVERSION
Numero ingreso: 54 **Interno:** 755 **Estado ingreso:** APROBADO **Vigencia ingreso:** 2025 **Fecha ingreso:** 19 mayo 2025
Documento soporte: DE **Número doc. soporte:** 4902024 **Fecha doc. soporte:** 19 mayo 2025
Proveedor: NIT 900279352 PROYECTOS & CONSULTORIAS R C SAS
Documento remisión: FACTURA **Número doc. remisión:** 299 **Fecha doc. remisión:** 19 mayo 2025
Encargado de bodega: JANETH RAMON BARRIOS **Dependencia solicitante:** 1212320000000 ALMACEN
Observaciones: INGRESO SUMINISTRO ELEMENTOS CPS 490 2024 PROYECTOS Y CONSULTORÌAS RC FACTURA N° PYC299

Ítem	Elemento	Nombre del elemento	Unidad de medida	Cantidad	Cuenta contable	Valor unitario con IVA	Valor total
12	2922	PAÑITOS HUMEDOS	UNIDAD	100	1-5-10-90-01	6.336,00	633.600,00
		PAQUETE	PAÑOS HUMEDOS INTIMOS * 16 U		UNIDAD		
13	4514	COPA MENSTRUAL		100	1-5-10-90-01	54.623,00	5.462.300,00
		COPA	MENSTRUAL CON ESTERILIZADOR		UNIDAD		
14	4514	COPA MENSTRUAL		100	1-5-10-90-01	92.639,00	9.263.900,00
		DISCO	MENSTRUAL		UNIDAD		
15	3683	VIDEO PROYECTO DE INVERSION	UND	1	1-5-10-90-01	346.504,00	346.504,00
		PROYECTOR	DISEÑADO PARA GIRAR 180° WIFI		UNIDAD		
						Total elementos de consumo:	**32.970.877**

JANETH RAMON BARRIOS
Responsable recibe

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764081438988

(415)7707212489984(8020) 001876408143898 8

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900279352	0				

11. Razón social
PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 32

24. Dirección
CR 17 93 82 OF 407

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-10-11 / 07:37:47 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia
990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres CARMONA LOZANO RAMON ELIAS
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 19417439 1004. DV 1
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

997. Fecha formalización 2024-10-11 19:37:47

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764081438988

(415)7707212489984(8020) 001876408143898 8

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900279352	0				

11. Razón social

PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	PROYECTOS & CONSULTORIAS R C CR 50 56 B 76 OF 301	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	PYC	288	300	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764090700136

(415)7707212489984(8020) 001876409070013 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900279352	0				

11. Razón social
PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 32

24. Dirección
CL 95 13 09 OF 402

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2025-03-18 / 06:35:47 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia
990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres CARMONA LOZANO RAMON ELIAS
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 19417439 1004. DV 1
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

997. Fecha formalización 2025-03-18 18:35:47

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764090700136

(415)7707212489984(8020) 001876409070013 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900279352	0				

11. Razón social

PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	PROYECTOS & CONSULTORIAS R C CR 50 56 B 76 OF 301	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	PYC	301	350	24	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 15/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS** con **NIT 900.279.352-0** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 007700852523

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:04/03/2025

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900279352	PROYECTOS & CONSULTORIAS R C S A S

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 17 93 82 OF 407 Teléfonos: 4660179

Dirección electrónica: gerencia@proyconsult.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 01/01/2018

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 21/04/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 1

Actividad 1: 5221 - Actividades de estaciones, vías y servicios complementarios para el transporte terrestre

Actividad 2: 6522 - Servicios de seguros sociales en riesgos laborales

Actividad 3: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 4: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

Fecha apertura	# MATRICULA	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
16/01/2004	01332433	PROYECTOS & CONSULTORIAS R C	CARRERA 50N 56B 76 OF 301	4660179

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fecha Inicio	Tipo	Documento	NOMBRE	Tipo Representación
15/06/2023	C.C.	19417439	RAMON ELIAS CARMONA LOZANO	REPRESENTANTE LEGAL
22/03/2018	C.C.	39652167	MARTHA GUILLOLA HERNANDEZ LEON	REPRESENTANTE LEGAL
15/11/2019	C.C.	79540786	LUIS MAURICIO VILLAMIL MOLINA	REPRESENTANTE LEGAL

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141166536479

(415)7707212489984(8020) 000014116653647 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 7 9 3 5 2	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
PROYECTOS & CONSULTORÍAS R C SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 95 13 09 OF 402

42. Correo electrónico gerencia@proyconsult.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 3 1 0 5 3 7 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 5 2 2	2 0 0 9 0 4 2 0	8 2 3 0	2 0 2 4 0 1 1 5					2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARMONA LOZANO RAMON ELIAS

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141166536479

(415)7707212489984(8020) **000014116653647 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 7 9 3 5 2	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 4
72. Número		
73. Fecha	2 0 0 9 0 4 2 0	2 0 1 0 0 8 1 7
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 9 0 4 2 1	2 0 1 0 0 8 2 0
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 1 8 8 9 7 6 1	0 0 0 1 8 8 9 7 6 1
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 9 0 4 2 0	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141166536479

(415)7707212489984(8020) **000014116653647 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 7 9 3 5 2	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 3 0 3 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 9 4 1 7 4 3 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARMONA	LOZANO	RAMON	ELIAS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 3 0 4 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 3 6 8 8 8 5 2 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARMONA	HERNANDEZ	DANIEL	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141166536479

(415)7707212489984(8020) **000014116653647 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 7 9 3 5 2	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 1 7 5 2 0 8		4 1 0 7

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ROJAS	BERNAL	LUIS	FELIPE

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 2 0 5

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141166536479

(415)7707212489984(8020) **000014116653647 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 7 9 3 5 2	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de consultoría de gestión 7 0 2 0	

162. Nombre del establecimiento: PROYECTOS & CONSULTORIAS R C

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CR 50 56 B 76 OF 301

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 1 3 3 2 4 3 3	2 0 0 4 0 1 1 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 2 0 3 0 4 0 7 7 5		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de estaciones, vías y servicios complementarios para el transpor 5 2 2 1	

162. Nombre del establecimiento: PROYCONSULT PARKING

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CR 50 56 B 76 OF 301

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 2 7 5 3 9 4 1	2 0 1 6 1 1 1 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 0 1 3 1 0 5 3 7 2		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

10.2 Planillas RRHH

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y ANA MARÍA MATEUS RAMÍREZ

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **ANA MARÍA MATEUS RAMÍREZ** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **52.786.178**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS-490 – 2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Comunicadora social, con el cargo de **COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO CONTRACTUAL,** acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Gestión administrativa y financiera con las diferentes áreas administrativas del ejecutor, para garantizar la contratación del talento humano requerido para el desarrollo de las acciones y el cumplimiento de los productos.
• Gestión de los recursos técnicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para el desarrollo del proyecto (insumos, puestos de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, acceso a internet, transporte, ayudas didácticas, materiales para ayudas educativas, etc.).
• Liderar el proceso de construcción de formatos para el seguimiento y soporte de la ejecución de las actividades
• Definir y entregar al apoyo a la supervisión, las fichas técnicas de todas las actividades a realizar del proyecto.
• Liderar el proceso de seguimiento a las actividades desarrolladas por el equipo ejecutor y demás profesionales a su cargo.
• Realizar acciones de seguimiento a los profesionales y soportes en relación con el cumplimiento de las acciones específicas de la ejecución del proyecto.
• Elaboración del Plan operativo programático y financiero de las acciones del proyecto. Por componente de inversión.
• Actualización de líneas base por componente de inversión
• Seguimiento de la matriz programática, proyecciones físico-financieras, presentaciones e informes. Por la línea de inversión y de forma mensual en los formatos que le sean asignados.
• Elaboración de informe físico financiero, de actividades mensual y final por componente de inversión
• Presentación ante comité de seguimiento avances del proyecto cada mes o cada que sea requerido por el comité de aprobación del proyecto conformado por los criterios institucionales.
• Participación en el plan de fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias al ta lento humano para equipos técnicos y operativos del equipo ejecutor.
• Liderar la participación del talento humano, en los procesos de capacitación y formación convocada bajo directrices establecidas por cada componente.

• Garantizar que el recurso humano del proyecto debe manejar un lenguaje incluyente y libre de sexismos.
b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **CINCO MILLONES CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO M/CTE, ($ 5.005.425)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales según la normatividad.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 5.005.425	$ 500.542	$ 48.352	$ 4.456.530

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO**

CONTRACTUAL: Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

ANA MARÍA MATEUS RAMÍREZ
Contratista.
C.C. **52.786.178**

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ	Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84693955	$897.500	

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	386.500	0		0		0	0	0	0	386.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	494.800	0	0	0	0	0	0		494.800	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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	386.500	386.500
Pensión	1	494.800	494.800
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.500	897.500

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ		Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84693955	$897.500	

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	52786178	MATEUS RAMIREZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.092.000	494.800	0	0	0	0	EPS001	3.092.000	386.500	14-23	3.092.000	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ	Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-03	2025-03	I	04/04/2025	85566655	$897.500	

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	386.500	0		0		0	0	0	0	386.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	494.800	0	0	0	0	0	0		494.800	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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	386.500	386.500
Pensión	1	494.800	494.800
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.500	897.500

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ		Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-03	2025-03	I	04/04/2025	85566655	$897.500	

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	52786178	MATEUS RAMIREZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.092.000	494.800	0	0	0	0	EPS001	3.092.000	386.500	14-23	3.092.000	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ	Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-04	2025-04	I	07/05/2025	86399389	$897.500	

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	386.500	0		0		0	0	0	0	386.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	494.800	0	0	0	0	0	0		494.800	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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	386.500	386.500
Pensión	1	494.800	494.800
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.500	897.500

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ		Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-04	2025-04	I	07/05/2025	86399389	$897.500	

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	52786178	MATEUS RAMIREZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.092.000	494.800	0	0	0	0	EPS001	3.092.000	386.500	14-23	3.092.000	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ	Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	09/06/2025	87182486	$897.500	

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	386.500	0		0		0	0	0	0	386.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	494.800	0	0	0	0	0	0		494.800	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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	386.500	386.500
Pensión	1	494.800	494.800
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.500	897.500

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
CC	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ		Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	09/06/2025	87182486	$897.500	

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	52786178	MATEUS RAMIREZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.092.000	494.800	0	0	0	0	EPS001	3.092.000	386.500	14-23	3.092.000	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ	Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87950072	$897.500	

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	386.500	0		0		0	0	0	0	386.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	494.800	0	0	0	0	0	0		494.800	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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	386.500	386.500
Pensión	1	494.800	494.800
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.500	897.500

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	52786178	ANA MARIA MATEUS RAMIREZ		Calle 86 N. 114- 76	6015168783	anamateusaa@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	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87950072	$897.500	

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	52786178	MATEUS RAMIREZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.092.000	494.800	0	0	0	0	EPS001	3.092.000	386.500	14-23	3.092.000	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **53.107.514**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS-490 – 2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Trabajadora social, con el cargo de **PROFESIONAL DE APOYO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Concertar los formatos necesarios para la ejecución del contrato con el supervisor y el delegado de la Alcaldía local.
• Realizar la estrategia de difusión y convocatoria del proyecto.
• Capacitar a los apoyos logísticos en los temas especificados en el estudio previo, anexo técnico y en temáticas que necesite para el desarrollo del proyecto.
• Realizar los contactos correspondientes con los grupos socialmente relevantes para el proyecto: Veedurías ciudadanas, Comité Operativo Local de Mujer y Género y todas las organizaciones de mujeres de la localidad y los barrios donde se realizarán las actividades.
• Establecer metodologías para las capacitaciones, presentarlas ante el comité de control y seguimiento cuando sea requerido y sistematizarla.
• Consolidar la metodología para todas las actividades del proyecto, que garantice la aplicación de los criterios de viabilidad y su impacto en la localidad.
• Garantizar que el recurso humano del proyecto debe manejar un lenguaje incluyente y libre de sexismos.
• Garantizar la inclusión de los derechos de las mujeres la metodología de las actividades.
• Orientar a los apoyos logísticos sobre la realización e implementación de acciones y actividades que permitan el desarrollo de las actividades de Yuliana Samboní, cuidado a cuidadoras y buen trato.
• Orientar y hacer supervisión a las recomendaciones realizadas desde su área para el alcance de los objetivos propuestos.
• Participar en reuniones de equipo y a los comités técnicos que se le invite.
• Aportar en la formulación de los planes de sostenibilidad de las actividades del proyecto.
• Sistematizar y consolidar un documento publicable en PDF de las memorias e impacto del proyecto.
• Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por la supervisión.

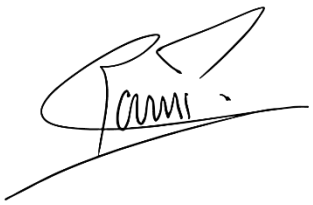
b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas

de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOCIENTOS SESEINTA Y SIETE PESOS M/CTE, ($4.492.665)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 4.449.267	$ 444.927	$ 42.980	$ 3.961.360

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



DIANA MARGARITA BUITRAGO
Contratista.
C.C. **53.107.514,**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-12, 04:12:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070080009

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822591271

PAGADO 11/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA		
Documento	CC53107514	**Dirección**	CRA 79 B No 46 70 SUR BLOQ G APT 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223453903
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 53107514	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 1.800	$ 407.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-15, 12:53:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071119069

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822591271

PAGADO 15/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA		
Documento	CC53107514	**Dirección**	CRA 79 B No 46 70 SUR BLOQ G APT 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223453903
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 53107514	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 3.200	$ 409.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-14, 11:57:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071983031

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822591271

PAGADO 14/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA		
Documento	CC53107514	**Dirección**	CRA 79 B No 46 70 SUR BLOQ G APT 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223453903
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 53107514	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 2.200	$ 408.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-13, 02:39:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072690095

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822591271

PAGADO 13/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA		
Documento	CC53107514	**Dirección**	CRA 79 B No 46 70 SUR BLOQ G APT 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223453903
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 53107514	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 2.200	$ 408.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-10, 01:24:11 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1073831024

Periodo Cotización: junio de 2025 Periodo Servicio: junio de 2025 Referencia pago (PIN): 9134813571

PAGADO 10/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARGARITA BUITRAGO MAYORGA		
Documento	CC53107514	Dirección	CRA 79 B No 46 70 SUR BLOQ G APT 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223453903
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC																			0		30	30	0	0		$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	0	0			$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	0		0		0	0	0

III. TOTALES

ABC Pensión	ABC Salud	ABC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Apones ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos 6 FBVOF) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	80	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 2.200	$ 408.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y ELENA GALINDO ZAMBRANO

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **ELENA GALINDO ZAMBRANO** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **31.567.559**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS – 490 – de 2024 C suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Psicología, con el cargo de **Coordinadora del componente de buen trato**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Establecer canales de comunicación y participación permanente entre todos los actores que participan en el proyecto.
• Contar con un sistema de comunicación activo de telefonía móvil durante la ejecución del con trato, del cual debe informar y mantener actualizado el número con la Alcaldía Local y el supervisor del contrato, que permita la comunicación en doble vía (entrada y salida de llamadas), que cuente con un sistema o plan de datos activo, que permita el uso de aplicaciones de mensajería y de correo electrónico para ser contactado de manera oportuna. La desactualización, pérdida o daño del equipo no exime al contratista de la responsabilidad de estar al tanto de la información generada en la ejecución del contrato.
• Planear, coordinar y controlar todas las actividades del componente de buen trato pertinentes para el adecuado desarrollo del proyecto, así como elaborar los planes operativos y cronograma de actividades.
• Presentar plan de trabajo y metodología para las asesorías de las familias con el fin de ser avalado por la supervisión. Revisar y articular el cronograma de trabajo de los profesionales con tratados para la ejecución de las líneas de buen trato de forma que se cumpla con lo establecido en ellos.
• Planificar, coordinar y verificar el cumplimiento de las actividades de cada línea del proyecto.
• Realizar las actas relacionadas con las actividades de buen trato.
• Asistir a todas las reuniones convocadas por el coordinador general del proyecto y la supervisión del contrato.
• Mantener informado coordinador general del proyecto y la supervisión del contrato sobre el estado del proyecto, logros, avances y dificultades en la ejecución.
• Recopilar toda la información, bases de datos, imágenes, comentarios y demás vivencias que se presentan en la ejecución del proyecto
• Realizar reuniones con el grupo de trabajo de asesorías familiares y el coordinador del proyecto para ver los avances en la ejecución.

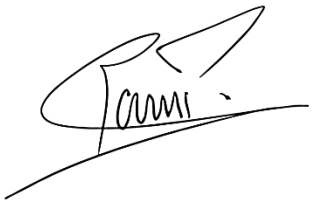
• Garantizar la confidencialidad de la información a la cual el contratista tenga acceso o reciba por parte de la Alcaldía Local, la cual solamente podrá usarse para la ejecución del presente contrato y proyecto.
• Entregar la información requerida por el apoyo a la supervisión y/o coordinador del proyecto o por las Comisarias de Familia de la localidad, según sea el caso.
• Mantener informado a la supervisión y/o coordinador del proyecto y/o por las Comisarias de Familia de la localidad, sobre el estado del proyecto en cuanto a familias atendidas, cupos disponibles, logros, avances y dificultades en la ejecución Coordinar la articulación con entidades públicas y privadas a nivel distrital y nacional en cuanto a la vinculación con redes institucionales y sociales para la atención integral a las familias, en especial lo atinente a la efectiva coordinación con el Consejo Local de Atención a Víctimas y el Comité Local de Seguimiento a casos.
• Garantizar la participación en los espacios locales de: Consejo Local de Atención a Víctimas, Comité Local de Seguimiento a Casos, Comité Operativo para las Familias y COLIA, Así como en los diferentes Comités que sean requeridos en el marco de la implementación del proyecto
• Y las demás que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA, ($ 3.336.950)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.336.950	$ 333.695	$ 32.235	$ 2.971.020

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)**

del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 913-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) día del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



ELENA GALINDO ZAMBRANO
Contratista.
C.C.**31.567.559**

Certificado de Aportes

Se certifica que GESTAR INNOVACION SAS identificado(a) con NI 900013256 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DERLY ELENA GALINDO ZAMBRANO identificado(a) con CC 31567559

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30							X											$4,170,023	4%	$166,900
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X											$4,170,023	16%	$667,300
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-01	30							X											$4,170,023		$0
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-01	30							X											$4,170,023		$0
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-01	30							X													$0
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-01	30							X													$0
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X											$4,170,023	0.522%	$21,800
9481493835	1264399939	E	2025-02-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-01	30							X											$4,170,023	4%	$166,900

Este certificado se expide el día 2025-02-14 a las 07:53.

Certificado de Aportes

Se certifica que GESTAR INNOVACION SAS identificado(a) con NI 900013256 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DERLY ELENA GALINDO ZAMBRANO identificado(a) con CC 31567559

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$4,170,023	4%	$166,900
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,170,023	16%	$667,300
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30																		$4,170,023		$0
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30																		$4,170,023		$0
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30																				$0
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30																				$0
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,170,023	0.522%	$21,800
9482846147	1328559423	E	2025-03-11	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30																		$4,170,023	4%	$166,900

Este certificado se expide el día 2025-06-22 a las 10:30.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GESTAR INNOVACION SAS identificado(a) con NI 900013256 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DERLY ELENA GALINDO ZAMBRANO identificado(a) con CC 31567559

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
948446503	1404305682	E	2025-04-11	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																	$4,170,023	4%	$166,900
948446503	1404305682	E	2025-04-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$4,170,023	16%	$667,300
948446503	1404305682	E	2025-04-11	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																	$4,170,023		$0
948446503	1404305682	E	2025-04-11	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																	$4,170,023		$0
948446503	1404305682	E	2025-04-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																			$0
948446503	1404305682	E	2025-04-11	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																			$0
948446503	1404305682	E	2025-04-11	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$4,170,023	0.522%	$21,800
948446503	1404305682	E	2025-04-11	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																	$4,170,023	4%	$166,900

Este certificado se expide el día 2025-06-22 a las 10:22.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GESTAR INNOVACION SAS identificado(a) con NI 900013256 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DERLY ELENA GALINDO ZAMBRANO identificado(a) con CC 31567559

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	16		X																$2,224,013	4%	$89,000
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X																$2,224,013	16%	$355,900
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	16		X																$2,224,013		$0
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	16		X																$2,224,013		$0
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	16		X																		$0
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	16		X																		$0
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X																$2,224,013	0.522%	$11,700
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X															X	$4,836,069	4%	$193,500

Este certificado se expide el día 2025-06-22 a las 10:32.

Certificado de Aportes

Se certifica que DERLY ELENA GALINDO ZAMBRANO identificado(a) con CC 31567559 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS NI 830504600

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9487165366	1530125951	E	2025-06-04	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9487165366	1530125951	E	2025-06-04	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	
9487165366	1530125951	E	2025-06-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	
9487165366	1530125951	E	2025-06-04	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																	
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	10	X							A									
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	10	X							C	X								
9485720177	1459924315	E	2025-05-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	10	X																
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							A									
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							C	X								
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							A									
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							C	X								
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							A									
9485813584	1465573506	N	2025-05-07	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X							C	X								
9485720177	1459924315	E	2025-05-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X																
9485720177	1459924315	E	2025-05-06	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X																
9485720177	1459924315	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X																

Certificado de Aportes

APORTANTE: GESTAR INNOVACION SAS NI 900013256																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	16		X															
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X															
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X															
9485991093	1480937068	E	2025-05-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	16		X															

Este certificado se expide el día 2025-06-28 a las 12:06.

CONTRATO A TÉRMINO FIJO

Razón social (EMPLEADOR)	**PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS**
NIT	NIT. 900.279.352-0
Representante legal	**RAMON ELIAS CARMONA LOZANO**
Nº de identificación	19.417.439 de Bogotá
Nombre (TRABAJADOR)	**VIVIANA VALBUENA CAMELO**
Nº de identificación	52.780.066 de Bogotá
Dirección	Cra. 59 # 68-39
Teléfono	3112468146
Tiempo de Contrato	Término fijo
Fecha Inicio	15 de enero de 2025
Fecha Terminación	15 de julio de 2025
Cargo	**Apoyo logístico / Asistente Administrativa.**
Salario	$ 1.550.000

Entre EL **EMPLEADOR** y EL **TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo a término fijo, regido además por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LUGAR. El **TRABAJADOR** desarrollará sus funciones en el establecimiento de comercio PROYCONSULT, ubicado en la CRA 17 Nº 93-82 Oficina 407.

SEGUNDA: OBJETO. Mediante el presente contrato el **TRABAJADOR** se obliga a prestar sus servicios en favor del **EMPLEADOR**, para la realización de las tareas de asistente administrativa y apoyo logistico, EL **TRABAJADOR** se obliga: a) A poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el **EMPLEADOR** directamente o a través de sus representantes:

• Conocer e implementar los estudios previos, contrato y propuesta de acuerdo con lo descrito en el proyecto 490 de barrios unidos. • Elaborar la estrategia de socialización del proyecto en el territorio. • Realizar los procesos de divulgación de las actividades del proyecto en el territorio. • Atender punto de atención en la UPZ asignada, durante las fechas y en los horarios estipulados para las inscripciones y demás actividades que se le soliciten. • Realizar acompañamiento en todo el proceso en la parte administrativa, logística y operativa del mismo. • Construir y sistematizar las relatorías y bitácoras de trabajo de todas las reuniones, talleres y actividades a realizar en el presente contrato. • Apoyar los procesos de convocatoria para el desarrollo de las actividades. • Apoyar el desarrollo de los eventos y las dinámicas logísticas de los mismos. • Construir la base de datos de los participantes en el desarrollo del proyecto. • Aportar su conocimiento social y comunitario para el exitoso desarrollo de cada una de las acciones del proyecto y fundamentación del impacto local. • Orientar a la comunidad. • Realizar el registro de la evolución del proyecto en el formato correspondiente de acuerdo con el planteamiento de objetivos y logros. • Participar en las reuniones que se les soliciten. • Apoyar todas las actividades que se realicen. • Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por el apoyo a la supervisión. • Dar apoyo administrativo al coordinador del proyecto.

b) A prestar sus servicios en forma exclusiva al **EMPLEADOR**; es decir, a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales de ninguna índole a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; y c) A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o por ocasión de su contrato de trabajo.

TERCERA: REMUNERACIÓN. El **EMPLEADOR** pagará al **TRABAJADOR** un trabajo mensual de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.550.000.oo)**, pagaderos Mensualmente los primeros días del mes vencido.

CUARTA: PAGOS NO SALARIALES: Las partes de común acuerdo y de conformidad con lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Ley 50 de 1990, en concordancia con lo señalado en el artículo 17 de la Ley 344 de 1996, acuerdan que los beneficios extralegales acordados no tendrán naturaleza salarial y/o prestacional, conforme lo señalado en el artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y por lo tanto no se tendrán en cuenta como factor salarial para la liquidación de acreencias laborales, ni el pago de aportes parafiscales. PARÁGRAFO: La Empresa se reserva el derecho de terminar unilateralmente estos beneficios sin otorgar por ello ninguna clase de contraprestación, o adquirir alguna responsabilidad.

QUINTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO. Todo trabajo nocturno, suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse descanso, se remunera conforme lo dispone expresamente la ley, salvo acuerdo en contrario entre las partes o en pacto colectivo o fallo arbitral. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL **EMPLEADOR** o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista e inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al **EMPLEADOR** o a sus representantes para su aprobación. EL **EMPLEADOR**, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, trabajo nocturno o en días de descanso obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como anteriormente se expuso. Tratándose de **TRABAJADOR** es de dirección, confianza o manejo, no habrá lugar al pago de horas extras, conforme lo dispuesto en el artículo 162 del Código Sustantivo del Trabajo.

SEXTA: DURACION DEL CONTRATO: El término inicial de duración del contrato será el señalado arriba. Tratándose de un contrato a término fijo inferior a un año únicamente podrá prorrogarse sucesivamente el contrato por seis (6) períodos adicionales al inicial, iguales o inferiores, al cabo de los cuales el término de renovación no podrá ser inferior a un año y así sucesivamente. Respecto del pago de vacaciones y prima de servicios, se establece que en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 del C.S.T. modificado por el artículo 3° de la ley 50 de 1990, EL **TRABAJADOR** tendrá derecho al pago de vacaciones y prima de servicios en proporción al tiempo laborado, cualquiera que éste sea.

SÉPTIMA: JORNADA DE TRABAJO. El **TRABAJADOR** salvo estipulación expresa y escrita en contrario, se obliga a laborar la jornada máxima legal cumpliendo con los turnos y horarios que señale el **EMPLEADOR**, quien podrá cambiarlos o ajustarlos cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse total o parcialmente las horas de la jornada ordinaria, con base en lo dispuesto por el artículo 164 del C.S.T. modificado por el artículo 23 de la ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según lo dispuesto en el artículo 167 del ordenamiento laboral. De igual manera, las partes acuerdan desde la firma del presente contrato que se podrá prestar el servicio en los turnos de la jornada flexible contemplados en el artículo 51 de la ley 789 de 2002.

OCTAVA: PERIODO DE PRUEBA: Las partes acuerdan un período de prueba de un (1) mes , que no es superior a la quinta parte del término inicial de este contrato, ni excede de dos (2) meses. Durante este período tanto EL **EMPLEADOR** como EL **TRABAJADOR** podrán terminar el contrato en forma unilateral, en cualquier tiempo, sin que se cause el pago de indemnización alguna, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 80 del Código Sustantivo de Trabajo modificado por el Artículo 3° del Decreto 617 de 1954. En caso de prórrogas, se entenderá que no hay nuevo periodo de prueba, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 78 del C.S.T., modificado por el artículo 7º de la Ley 50 de 1990.

NOVENA: TERMINACIÓN UNILATERAL. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los artículos 62 y 63 del C.S.T. modificados por el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965 y además, por parte del **EMPLEADOR**, la violación de las disposiciones establecidas en el Código de Conducta de la Compañía, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el Reglamento Interno de Trabajo y demás reglamentos y documentos que contengan reglamentaciones, órdenes, instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos, laudos arbitrales y las que expresamente convengan calificar así en escritos que formen parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato. Las justas causas de terminación del contrato que pueden ser invocadas por el **TRABAJADOR** y por el **EMPLEADOR** hacen referencia a situaciones que permiten que una u otra parte termine unilateralmente el contrato en cualquier momento, sin que haya lugar al pago de una indemnización.

DÉCIMA: DOCUMENTOS E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y RESERVADA. Sobre la base de considerar como confidencial y reservada toda información que EL **TRABAJADOR** reciba del **EMPLEADOR** o de terceros en razón de su cargo. EL **TRABAJADOR** se obliga a: a) Abstenerse de revelar o usar información relacionada con los trabajos o actividades que desarrolla la **EMPRESA**, ni durante el tiempo de vigencia del contrato de trabajo ni después de finalizado éste hasta por 2 años, ya sea con terceras personas naturales o jurídicas, ni con personal de la misma EMPRESA no autorizado para conocer información confidencial salvo autorización expresa del **EMPLEADOR**. b) Entregar al **EMPLEADOR** cuando finalice el contrato de trabajo la dotación entregada. c) En caso de violación de esta confidencialidad durante la vigencia del contrato de trabajo y los dos años posteriores a la terminación de este el **TRABAJADOR** será responsable de los perjuicios económicos que genere al **EMPLEADOR** quién podrá iniciar las acciones penales y civiles correspondientes.

DÉCIMA PRIMERA INVENCIONES: Los descubrimientos o invenciones y las mejoras en los procedimientos, lo mismo que todos los trabajos y consiguientes resultados de las actividades del **TRABAJADOR** mientras preste sus servicios al **EMPLEADOR**, incluso aquellos de que trata el artículo 539 del Código del Comercio, serán de propiedad exclusiva de EL **EMPLEADOR**. Además, tendrá el **EMPLEADOR** el derecho de hacer patentar o ejercer cualquier derecho económico a su nombre o a nombre de terceros esos inventos o mejoras, para lo cual EL **TRABAJADOR** accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de las correspondientes formalidades y dar su firma o extender los poderes y documentos necesarios para tal fin, siempre y cuando se lo solicite el **EMPLEADOR**, sin que éste quede obligado al pago de compensación. PARÁGRAFO: DERECHOS DE AUTOR. Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por EL **TRABAJADOR** en ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas pertenecen al **EMPLEADOR**. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la ley 23 de 1982 y la decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena.

DÉCIMA SEGUNDA. RESERVA: Las experiencias y conocimientos que adquiera EL **TRABAJADOR** por razón de su oficio en período de prueba y hasta terminar contrato, se entiende que todos los conocimientos logrados por las circunstancias anotadas son de propiedad de EL **EMPLEADOR** y por lo tanto EL **TRABAJADOR** deberá mantener su confidencialidad. Es claro que las mejoras en las operaciones de los equipos o en su misma estructura, o en el refinamiento de tecnología de cualquiera índole relacionada con los procesos y equipos son de propiedad exclusiva del **EMPLEADOR**, sin derecho a compensación especial y no podrán ser utilizados por EL **TRABAJADOR** en beneficio propio ni de terceros. **PARAGRAFO: TRATAMIENTO DE DATOS** Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informado (a) a PROYCONSULT, identificado con NIT: 900.279.352-0 para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí incluidos mis beneficiarios y los menores de edad o personas en condición de discapacidad que se encuentran a mi cargo o represento, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales, vinculadas y/o aliados comerciales estratégicos en virtud de la función que le compete como administradores del Sistema de salud, Subsidio Familiar y el desarrollo de su objeto social así como fines administrativos, los cuales serán tratados conforme a la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y decreto 886 de 2014. Así mismo declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento de acuerdo con las políticas establecidas por PROYCONSULT para tal fin. En el contexto de la prestación de servicios encargada por la compañía y con la finalidad mencionada.

DÉCIMA TERCERA: AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIONES. EL **TRABAJADOR** autoriza que al término del presente contrato de trabajo, por cualquier causa, EL **EMPLEADOR** compense del valor de los salarios, prestaciones legales o extralegales, indemnizaciones y otro tipo de dinero a pagar en el momento de la liquidación, las sumas que EL **TRABAJADOR** esté debiendo a la EMPRESA, por los siguientes conceptos: a) Préstamos debidamente autorizados por escrito. b) Valor de los elementos de trabajo y mercancías extraviadas y dañadas o deterioradas bajo su responsabilidad y que llegaran a faltar al momento de hacer entrega del inventario. c) Los valores que se le hubieran confiado para su manejo, y que hayan sido dispuestos abusivamente para otros propósitos en perjuicio de la EMPRESA.

DECIMA CUARTA: OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. Además de las obligaciones contenidas en el artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo, el **EMPLEADOR** se obliga a: a) Mantener al **TRABAJADOR** contratado en las condiciones indicadas por la empresa. b) Cumplir oportunamente las obligaciones de orden laboral asumidas que correspondan de acuerdo con la naturaleza del servicio que presten. c) Cumplir debidamente con el reglamento de trabajo, órdenes e instrucciones que le imparta el **EMPLEADOR** o sus representantes al igual que no laborar por cuenta propia o a otro **EMPLEADOR** en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

DECIMA QUINTA: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES LABORALES. EL **TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el **EMPLEADOR** en ejercicio de su poder subordinante, tales como los turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos, ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23 del C.S.T. modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. Los gastos que se originen con el traslado de lugar de prestación del servicio serán cubiertos por EL **EMPLEADOR**, de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del C.S.T.

DECIMA SEXTA: DIRECCION DEL TRABAJADOR. EL **TRABAJADOR** para todos los efectos legales y en especial para la aplicación del parágrafo 1° del artículo 29 de la Ley 789 de 2002, norma que modificó el 65 del C.S.T., se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a EL **EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DECIMA SÉPTIMA: EFECTOS. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mimo tenor y valor, ante testigos, un ejemplar de los cuales recibe EL **TRABAJADOR** en este acto, en la ciudad y fecha que se indican a continuación.

Se firma en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de enero del año 2025.

RAMON CARMONA LOZANO
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS
NIT. 900.279.352-0

VIVIANA VALBUENA.

VIVIANA VALBUENA CAMELO
TRABAJADOR
C.C. 52.780.066 de Bogotá.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS**, identificada con **NI** número **900279352**, aportó por **VIVIANA VALBUENA CAMELO** identificado(a) con **CC** número **52780066** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 03 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		18	$930,000	0.04000	$37,200	$0	$0	Enero - 2025	83945290	13/02/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	X														0		18	$930,000	0.00522	$4,900	$0	$0	Enero - 2025	83945290	13/02/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	X														0		18	$930,000	0.16000	$148,800	$0	$0	Enero - 2025	83945290	13/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1	X														0		18	$930,000	0.04000	$37,200	$0	$0	Febrero - 2025	83945290	13/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Febrero - 2025	84795151	14/03/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,550,000	0.00522	$8,100	$0	$0	Febrero - 2025	84795151	14/03/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$1,550,000	0.16000	$248,000	$0	$0	Febrero - 2025	84795151	14/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Marzo - 2025	84795151	14/03/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **24** días del mes **Junio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS**, identificada con **NI** número **900279352**, aportó por **VIVIANA VALBUENA CAMELO** identificado(a) con **CC** número **52780066** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 04 - 2025 y 07 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Abril - 2025	86465806	13/05/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,550,000	0.00522	$8,100	$0	$0	Abril - 2025	86465806	13/05/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$1,550,000	0.16000	$248,000	$0	$0	Abril - 2025	86465806	13/05/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Mayo - 2025	86465806	13/05/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Mayo - 2025	87373693	13/06/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,550,000	0.00522	$8,100	$0	$0	Mayo - 2025	87373693	13/06/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$1,550,000	0.16000	$248,000	$0	$0	Mayo - 2025	87373693	13/06/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Junio - 2025	87373693	13/06/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Junio - 2025	88165372	14/07/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,550,000	0.00522	$8,100	$0	$0	Junio - 2025	88165372	14/07/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$1,550,000	0.16000	$248,000	$0	$0	Junio - 2025	88165372	14/07/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,550,000	0.04000	$62,000	$0	$0	Julio - 2025	88165372	14/07/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **15** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y LILIA PLAZAS ROSAS

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **LILIA PLAZAS ROSAS** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **41.555.793**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en AUXILIAR DE ENFERMERIA, con el cargo de **APOYO LOGISTICO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Conocer e implementar los estudios previos, contrato y propuesta de acuerdo con lo descrito en el proyecto.
• Elaborar la estrategia de socialización del proyecto en el territorio.
• Realizar los procesos de divulgación de las actividades del proyecto en el territorio.
• Atender punto de atención en la UPZ asignada, durante las fechas y en los horarios estipulados para las inscripciones y demás actividades que se le soliciten.
• Realizar acompañamiento en todo el proceso en la parte administrativa, logística y operativa del mismo.
• Construir y sistematizar las relatorías y bitácoras de trabajo de todas las reuniones, talleres y actividades a realizar en el presente contrato.
• Apoyar los procesos de convocatoria para el desarrollo de las actividades.
• Apoyar el desarrollo de los eventos y las dinámicas logísticas de los mismos.
• Construir la base de datos de los participantes en el desarrollo del proyecto.
• Aportar su conocimiento social y comunitario para el exitoso desarrollo de cada una de las acciones del proyecto y fundamentación del impacto local.
• Orientar a la comunidad.
• Realizar el registro de la evolución del proyecto en el formato correspondiente de acuerdo con el planteamiento de objetivos y logros.
• Participar en las reuniones que se les soliciten.
• Apoyar todas las actividades que se realicen.
• Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por el apoyo a la supervisión.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **UN MILLON QUINIENTOS**

OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($ 1.583.383) mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 1.583.383	$ 158.338	$ 15.295	$ 1.409.749

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

LILIA PLAZAS ROSAS
Contratista.
C.C. **41.555.793**

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA PAOLA CARDENAS PLAZAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52898213, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'GRUPO EMPRESARIAL LAYON SAS' NIT 901396059, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250107	No Registrada

Beneficiarios

Nombre Beneficiario	Paren	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LILIA PLAZAS ROSAS	PD	41555793	CC	20230915	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no valido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS

Elaboro DIEGO MAURICIO MOORE
27838500

CER-AFI

www.compensar.com

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA PAOLA CARDENAS PLAZAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52898213, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'SERVIRAS COLOMBIA' NIT 901097977, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250307	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LILIA PLAZAS ROSAS	PD	41555793	CC	20230916	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Abril de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MAYRA NATALIA RAMIREZ
28416867

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA PAOLA CARDENAS PLAZAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52898213, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'SERVIRAS COLOMBIA' NIT 901097977, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250307	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LILIA PLAZAS ROSAS	PD	41555793	CC	20230916	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Abril de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MAYRA NATALIA RAMIREZ
28416867

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

compensar | salud
EPS

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA PAOLA CARDENAS PLAZAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52898213, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'SERVIRAS COLOMBIA' NIT 901097977, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250307	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LILIA PLAZAS ROSAS	PD	41555793	CC	20230916	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de mayo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MAYRA NATALIA RAMIREZ
28416867

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

compensar | salud
eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GINA PAOLA CARDENAS PLAZAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 52898213, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'SERVIRAS COLOMBIA' NIT 901097977, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250307	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LILIA PLAZAS ROSAS	PD	41555793	CC	20230916	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de junio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MAYRA NATALIA RAMIREZ
28416867

CER-AFI

Vigilado Supersubsidio

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **51.699.619**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Líder Comunitaria y formadora en Artes Manuales, con el cargo de **APOYO LOGISTICO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Conocer e implementar los estudios previos, contrato y propuesta de acuerdo con lo descrito en el proyecto.
• Elaborar la estrategia de socialización del proyecto en el territorio.
• Realizar los procesos de divulgación de las actividades del proyecto en el territorio.
• Atender punto de atención en la UPZ asignada, durante las fechas y en los horarios estipulados para las inscripciones y demás actividades que se le soliciten.
• Realizar acompañamiento en todo el proceso en la parte administrativa, logística y operativa del mismo.
• Construir y sistematizar las relatorías y bitácoras de trabajo de todas las reuniones, talleres y actividades a realizar en el presente contrato.
• Apoyar los procesos de convocatoria para el desarrollo de las actividades.
• Apoyar el desarrollo de los eventos y las dinámicas logísticas de los mismos.
• Construir la base de datos de los participantes en el desarrollo del proyecto.
• Aportar su conocimiento social y comunitario para el exitoso desarrollo de cada una de las acciones del proyecto y fundamentación del impacto local.
• Orientar a la comunidad.
• Realizar el registro de la evolución del proyecto en el formato correspondiente de acuerdo con el planteamiento de objetivos y logros.
• Participar en las reuniones que se les soliciten.
• Apoyar todas las actividades que se realicen.
• Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por el apoyo a la supervisión.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO:**

EL CONTRATANTE, pagará, por concepto de honorarios, la suma de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($ 1.583.383)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 1.583.383	$ 158.338	$ 15.295	$ 1.409.749

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

GLADYS ELVIRA NAVARRETE
Contratista.
C.C. **51.699.619**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS identificado(a) con CC 51699619 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS BARRIOS UNIDOS - CAFAM**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS identificado(a) con CC 51699619 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS BARRIOS UNIDOS - CAFAM**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de marzo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS identificado(a) con CC 51699619 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS BARRIOS UNIDOS - CAFAM**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes de abril del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS identificado(a) con CC 51699619 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS BARRIOS UNIDOS - CAFAM**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de mayo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS ELVIRA NAVARRETE CASTELLANOS identificado(a) con CC 51699619 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS BARRIOS UNIDOS - CAFAM**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes de junio del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y JENNIFER ALEJANDRA CARDOZO TIBOCHA

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **JENNIFER ALEJANDRA CARDOZO TIBOCHA** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.023.942.028**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Técnica en logística con énfasis en atención y gestión al cliente, con el cargo de **APOYO LOGISTICO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Conocer e implementar los estudios previos, contrato y propuesta de acuerdo con lo descrito en el proyecto.

• Elaborar la estrategia de socialización del proyecto en el territorio.

• Realizar los procesos de divulgación de las actividades del proyecto en el territorio.

• Atender punto de atención en la UPZ asignada, durante las fechas y en los horarios estipulados para las inscripciones y demás actividades que se le soliciten.

• Realizar acompañamiento en todo el proceso en la parte administrativa, logística y operativa del mismo.

• Construir y sistematizar las relatorías y bitácoras de trabajo de todas las reuniones, talleres y actividades a realizar en el presente contrato.

• Apoyar los procesos de convocatoria para el desarrollo de las actividades.

• Apoyar el desarrollo de los eventos y las dinámicas logísticas de los mismos.

• Construir la base de datos de los participantes en el desarrollo del proyecto.

• Aportar su conocimiento social y comunitario para el exitoso desarrollo de cada una de las acciones del proyecto y fundamentación del impacto local.

• Orientar a la comunidad.

• Realizar el registro de la evolución del proyecto en el formato correspondiente de acuerdo con el planteamiento de objetivos y logros.

• Participar en las reuniones que se les soliciten.

• Apoyar todas las actividades que se realicen.

• Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por el apoyo a la supervisión.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (5) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($ 1.583.383)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 1.583.383	$ 158.338	$ 15.295	$ 1.409.749

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de

la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO TIBOCHA
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

JENNIFER ALEJANDRA CARDOZO
Contratista.
C.C. **1.023.942.028**

Bogotá, febrero / 28 de 2025

Señor (a): JENNIFER ALEJANDRA CARDOZO TIBOCHA
CC. 1023942028
CR 9 BIS ESTE 28 69 SUR....
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 7 de 2021, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y MONICA BENAVIDES RINCON

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **MONICA BENAVIDES RINCON** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **52.815.217**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Técnica en logística con énfasis en atención y gestión al cliente, con el cargo de **APOYO LOGISTICO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Conocer e implementar los estudios previos, contrato y propuesta de acuerdo con lo descrito en el proyecto.

• Elaborar la estrategia de socialización del proyecto en el territorio.

• Realizar los procesos de divulgación de las actividades del proyecto en el territorio.

• Atender punto de atención en la UPZ asignada, durante las fechas y en los horarios estipulados para las inscripciones y demás actividades que se le soliciten.

• Realizar acompañamiento en todo el proceso en la parte administrativa, logística y operativa del mismo.

• Construir y sistematizar las relatorías y bitácoras de trabajo de todas las reuniones, talleres y actividades a realizar en el presente contrato.

• Apoyar los procesos de convocatoria para el desarrollo de las actividades.

• Apoyar el desarrollo de los eventos y las dinámicas logísticas de los mismos.

• Construir la base de datos de los participantes en el desarrollo del proyecto.

• Aportar su conocimiento social y comunitario para el exitoso desarrollo de cada una de las acciones del proyecto y fundamentación del impacto local.

• Orientar a la comunidad.

• Realizar el registro de la evolución del proyecto en el formato correspondiente de acuerdo con el planteamiento de objetivos y logros.

• Participar en las reuniones que se les soliciten.

• Apoyar todas las actividades que se realicen.

• Las demás inherentes a las necesidades que demande la población y las requeridas por el apoyo a la supervisión.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (5) meses, Desde el primero (15) de febrero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($ 1.583.383)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 1.583.383	$ 158.338	$ 15.295	$ 1.409.749

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de

la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de febrero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



MONICA BENAVIDES RINCON
Contratista.
C.C. **52.815.217**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MONICA BENAVIDES RINCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52815217** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52815217
NOMBRES Y APELLIDOS	MONICA BENAVIDES RINCON
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/11/2009
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	784
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **28/03/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA TRASLADOS

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

La EPS Suramericana S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**,

CERTIFICA

Que **Monica Benavides Rincon** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **52815217,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52815217
NOMBRES Y APELLIDOS	Monica Benavides Rincon
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/11/2009
FECHA RETIRO EPS SURA	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	788
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	52

Generado por leidormu 23/04/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MONICA BENAVIDES RINCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52815217** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52815217
NOMBRES Y APELLIDOS	MONICA BENAVIDES RINCON
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/11/2009
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	788
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **29/05/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MONICA BENAVIDES RINCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52815217** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52815217
NOMBRES Y APELLIDOS	MONICA BENAVIDES RINCON
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/11/2009
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	792
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **26/06/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y KAREN YISSEL AVILA RIOS

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **KAREN YISSEL AVILA RIOS** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.032.374.674**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS – 490 – de 2024 C suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Trabajo social, con el cargo de **Tallerista del proyecto**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

 Diseñar, y crear la metodología para los talleres a los cuales debe estar asignado su trabajo
 Gestión de los recursos técnicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para el desarrollo del proyecto (insumos, puestos de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, acceso a internet, transporte, ayudas didácticas, materiales para ayudas educativas, etc.).
 Elaboración de fichas metodológicas para la línea formativa.
 Socialización de las fichas metodológicas de la línea formativa con Alcaldía Local y Secretaría Distrital de la Mujer para recibir retroalimentación y atender a las sugerencias que se realicen.
 Consignar todos los insumos (presentación de PowerPoint, videos, audios) necesarios para el desarrollo de cada uno de los talleres formativos a realizar.
 Realizar mensualmente informe de actividades donde reporten cantidad de personas beneficia das y tipos de actividades ejecutadas.
 Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago.
 Las demás relacionadas con el objeto del contrato y que se plasmen en el contrato, necesarias para garantizar su cumplimiento, que se le asignen por parte del ejecutor contratado por la alcaldía para la ejecución del contrato.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS, ($ 3.336.950)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.336.950	$ 333.695	$ 32.235	$ 2.971.020

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA**, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 913-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Calle 6a No. 88 – 51 Bogotá, D.C, Celular 304244566,

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

KAREN YISSEL AVILA RIOS
Contratista.
C.C. . **1.032.374.674**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032374674
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN YISSEL AVILA RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 89 NO. 17B - 83 BALCONES DE CAPELLAN	TELÉFONO:	2325448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7961811958**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		8					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/26		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1362207716	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 227.800	$ 1.200	$ 229.000
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 1.200**	**$ 229.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 178.000	$ 900	$ 0	$ 178.900
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 178.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 28.500	$ 200	$ 28.700
SUBTOTALES:			**$ 28.500**	**$ 200**	**$ 28.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES										
																										PENSIÓN									SALUD							ARP																						
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																							ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032374674	AVILA RIOS KAREN YISSEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	103237467	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 444.200

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AVILA RIOS KAREN YISSEL** identificado(a) con **CC** número **1.032.374.674** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de febrero de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025032710150

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **KAREN YISSEL AVILA RIOS** identificado con **CC** No. **1032374674**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER - NI. 899999061	**Fecha de inicio de cobertura:** 11/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 11/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 15/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013656871.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_03
MIS_4_1_3_FR15 v_010

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KAREN YISSEL AVILA RIOS Identificado con CC 1032374674

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE NACIONAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24059882837
Fecha de apertura:	9 de Febrero de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 27 de Marzo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032374674
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN YISSEL AVILA RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 89 NO. 17B - 83 BALCONES DE CAPELLAN	TELÉFONO:	2325448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7968324696**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1420768630

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 389.000	$ 1.300	$ 390.300
SUBTOTALES:										**$ 389.000**	**$ 1.300**	**$ 390.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 303.900	$ 1.000	$ 0	$ 304.900
SUBTOTALES:													**$ 303.900**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 304.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.700	$ 12.700	$ 100	$ 0	$ 12.800
SUBTOTALES:									**$ 12.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 12.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																									PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1032374674	AVILA RIOS KAREN YISSEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.431.200				NO	01																230201-PROTECCION	30	$ 2.431.200	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 389.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.431.200	$ 303.900	$ 0	$ 303.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.431.200	103237467	$ 12.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 708.000

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032374674
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN YISSEL AVILA RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 89 NO. 17B - 83 BALCONES DE CAPELLAN	TELÉFONO:	2325448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7968351030**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/22			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1499643355

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 389.000	$ 800	$ 389.800
SUBTOTALES:										**$ 389.000**	**$ 800**	**$ 389.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 600	$ 0	$ 303.900	$ 600	$ 0	$ 304.500
SUBTOTALES:													**$ 303.900**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 304.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.700	$ 12.700	$ 100	$ 0	$ 12.800
SUBTOTALES:									**$ 12.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 12.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1032374674	AVILA RIOS KAREN YISSEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.431.200				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.431.200	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 389.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.431.200	$ 303.900	$ 0	$ 303.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.431.200	103237467	$ 12.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 707.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032374674
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN YISSEL AVILA RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 89 NO. 17B - 83 BALCONES DE CAPELLAN	TELÉFONO:	2325448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7972485769**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1559223990		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 389.000	$ 0	$ 389.000
SUBTOTALES:										**$ 389.000**	**$ 0**	**$ 389.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 0	$ 303.900
SUBTOTALES:													**$ 303.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 303.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.700	$ 12.700	$ 0	$ 0	$ 12.700
SUBTOTALES:									**$ 12.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
							COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA																	PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO				ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032374674	AVILA RIOS KAREN YISSEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.431.200				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.431.200	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 389.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.431.200	$ 303.900	$ 0	$ 303.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.431.200	103237467	$ 12.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 705.600

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032374674
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN YISSEL AVILA RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 89 NO. 17B - 83 BALCONES DE CAPELLAN	TELÉFONO:	2325448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7972485769**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1673592131

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 389.000	$ 0	$ 389.000
SUBTOTALES:										**$ 389.000**	**$ 0**	**$ 389.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.900	$ 0	$ 0	$ 303.900
SUBTOTALES:													**$ 303.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 303.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.700	$ 12.700	$ 0	$ 0	$ 12.700
SUBTOTALES:									**$ 12.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC 1032374674	AVILA RIOS KAREN YISSEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.431.200				NO																	230201-PROTECCION	30	2.431.200	$ 389.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 389.000	EPS017-FAMISANAR	30	2.431.200	$ 303.900	$ 0	$ 303.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.431.200	10323746	$ 12.700		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 705.600

Planilla Pagada

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y LAURA MILENA FORERO PULGARIN

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **LAURA MILENA FORERO PULGARIN** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.014.230.068**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS-490 – 2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Trabajadora social, con el cargo de **TALLERISTA DE PROYECTO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

 Diseñar, y crear la metodología para los talleres a los cuales debe estar asignado su trabajo
 Gestión de los recursos técnicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para el desarrollo del proyecto (insumos, puestos de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, acceso a internet, transporte, ayudas didácticas, materiales para ayudas educativas, etc.).
 Elaboración de fichas metodológicas para la línea formativa.
 Socialización de las fichas metodológicas de la línea formativa con Alcaldía Local y Secretaría Distrital de la Mujer para recibir retroalimentación y atender a las sugerencias que se realicen.
 Consignar todos los insumos (presentación de PowerPoint, videos, audios) necesarios para el desarrollo de cada uno de los talleres formativos a realizar.
 Realizar mensualmente informe de actividades donde reporten cantidad de personas beneficia das y tipos de actividades ejecutadas.
 Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago.
 Las demás relacionadas con el objeto del contrato y que se plasmen en el contrato, necesarias para garantizar su cumplimiento, que se le asignen por parte del ejecutor contratado por la alcaldía para la ejecución del contrato.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS, ($ 3.336.950)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.336.950	$ 333.695	$ 32.235	$ 2.971.020

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Carrera 74 # 76-82, Bogotá, D.C, Celular 3124772505.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

LAURA MILENA FORERO PULGARIN
Contratista.
C.C. **1.014.230.068**

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84285263	$495.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84285263	$495.000	

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	1014230068	FORERO PULGARIN LAURA MILENA	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84285263	$495.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	20/02/2025	84285263	$495.000	

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	1014230068	FORERO PULGARIN LAURA MILENA	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-04	2025-04	I	21/04/2025	85891530	$495.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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**	
2025-04	2025-04	I	21/04/2025	85891530	$495.000	

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	1014230068	FORERO PULGARIN LAURA MILENA	59	0			N																		25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	07/05/2025	86417496	$495.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	07/05/2025	86417496	$495.000	

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**	**Estudiante**	**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	1014230068	FORERO PULGARIN LAURA MILENA	59	0			N																		25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN	calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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	
2025-06	2025-06	I	16/05/2025	86630555	$495.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1014230068	LAURA MILENA FORERO PULGARIN		calle 73 # 73 a -80 apto 201	3040637	alqui84@hotmail.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**	
2025-06	2025-06	I	16/05/2025	86630555	$495.000	

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	1014230068	FORERO PULGARIN LAURA MILENA	59	0			N																		25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y MELISA ANDREA VERGARA MORENO

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **MELISA ANDREA VERGARA MORENO** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.014.269.582**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en PSICOLOGIA, con el cargo de **Tallerista del proyecto**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

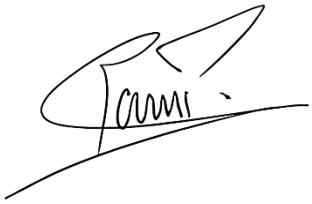
 Diseñar, y crear la metodología para los talleres a los cuales debe estar asignado su trabajo
 Gestión de los recursos técnicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para el desarrollo del proyecto (insumos, puestos de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, acceso a internet, transporte, ayudas didácticas, materiales para ayudas educativas, etc.).
 Elaboración de fichas metodológicas para la línea formativa.
 Socialización de las fichas metodológicas de la línea formativa con Alcaldía Local y Secretaría Distrital de la Mujer para recibir retroalimentación y atender a las sugerencias que se realicen.
 Consignar todos los insumos (presentación de PowerPoint, videos, audios) necesarios para el desarrollo de cada uno de los talleres formativos a realizar.
 Realizar mensualmente informe de actividades donde reporten cantidad de personas beneficia das y tipos de actividades ejecutadas.
 Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago.
 Las demás relacionadas con el objeto del contrato y que se plasmen en el contrato, necesarias para garantizar su cumplimiento, que se le asignen por parte del ejecutor contratado por la alcaldía para la ejecución del contrato.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS, ($ 3.336.950)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.336.950	$ 333.695	$ 32.235	$ 2.971.020

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA**, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Calle 10 # 82 a 35 casa 95, Bogotá, D.C, Celular 318 3849344.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



MELISA ANDREA VERGARA MORENO
Contratista.
C.C. **1.014.269.582**

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	1014269582	MELISA ANDREA VERGARA MORENO	Diagonal 6 b No. 78 b 65	7000000	trabajadorasocialmavm@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	28/02/2025	84496280	$441.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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**
CC	1014269582	MELISA ANDREA VERGARA MORENO		Diagonal 6 b No. 78 b 65	7000000	trabajadorasocialmavm@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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**	
2025-02	2025-02	I	28/02/2025	84496280	$441.800	

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	1014269582	VERGARA MORENO MELISA ANDREA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

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	1014269582	MELISA ANDREA VERGARA MORENO		Diagonal 6 b No. 78 b 65	7000000	trabajadorasocialmavm@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	
2025-03	2025-03	I	02/04/2025	85863421	$441.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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**
CC	1014269582	MELISA ANDREA VERGARA MORENO		Diagonal 6 b No. 78 b 65	7000000	trabajadorasocialmavm@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**	
2025-03	2025-03	I	02/04/2025	85863421	$441.800	

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**	**Exonerado**	**IGE**	**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	1014269582	VERGARA MORENO MELISA ANDREA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

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	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA	CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	22/04/2025	85702858	$669.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	282.000	0		0		0	7	1.300	0	283.300	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	361.000	0	0	0	0	7	1.700	0	362.700	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	23.600				23.600	7	200	23.800			236	23.800	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	282.000	283.300
Pensión	1	361.000	362.700
Riesgos Laborales	1	23.600	23.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	666.600	669.800

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**
CC	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA		CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**	
2025-03	2025-03	I	22/04/2025	85702858	$669.800	

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	52195468	CHAVES GACHANCIPA NURY LIZETTE	59	0			N																	25-14	2.256.000	361.000	0	0	0	0	EPS005	2.256.000	282.000	14-23	2.256.000	2	23.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA	CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	19/05/2025	86655700	$666.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	282.000	0		0		0	0	0	0	282.000	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	361.000	0	0	0	0	0	0		361.000	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	23.600				23.600	0	0	23.600			236	23.600	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	282.000	282.000
Pensión	1	361.000	361.000
Riesgos Laborales	1	23.600	23.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	666.600	666.600

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**
CC	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA		CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	19/05/2025	86655700	$666.600	

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	52195468	CHAVES GACHANCIPA NURY LIZETTE	59	0			N																	25-14	2.256.000	361.000	0	0	0	0	EPS005	2.256.000	282.000	14-23	2.256.000	2	23.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA	CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	17/06/2025	87247521	$666.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	282.000	0		0		0	0	0	0	282.000	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	361.000	0	0	0	0	0	0		361.000	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	23.600				23.600	0	0	23.600			236	23.600	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	282.000	282.000
Pensión	1	361.000	361.000
Riesgos Laborales	1	23.600	23.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	666.600	666.600

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	52195468	NURY LIZETTE CHAVES GACHANCIPA	CALL 10 NO. 82 A 35 CASA 95	6017163492	NURYLICH@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**	
2025-06	2025-06	I	17/06/2025	87247521	$666.600	

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	52195468	CHAVES GACHANCIPA NURY LIZETTE	59	0			N																			25-14	2.256.000	361.000	0	0	0	0	EPS005	2.256.000	282.000	14-23	2.256.000	2	23.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.013.029.535**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en PSICOLOGIA, con el cargo de **Psicologa**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE,** a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Realizar el alistamiento operativo para el desarrollo de los procesos de orientación psicosocial en prevención de las violencias, siguiendo el lineamiento técnico de la Secretaría Distrital de Integración Social.
• Realizar las orientaciones y asesorías familiares con el abogado o la abogada.
• Liderar, planificar y ejecutar todas las actividades de la línea.
• Realizar los procesos de prevención a los diferentes grupos poblacionales siguiendo la línea técnica.
• Socializar los avances, dificultades o acontecimientos que en el desarrollo de las técnicas y estrategias se consideren relevantes.
• Realizar un análisis de los registros cualitativos que se originen en cada uno de los encuentros.
• Participar en la construcción de los informes, aportando la información correspondiente a sus labores.
• Rendir los informes correspondientes al desarrollo de los procesos de promoción y prevención.
• Realizar contacto con las instituciones educativas, entidades locales, grupos y organizaciones comunitarias para la identificación de familias para ser vinculados a la estrategia de prevención.
• Realizar contacto con la(s) Comisaria(s) de familia e instituciones que hacen parte del Comité Local de seguimiento a casos y del Consejo Red del Buen trato, para la identificación de familias para ser vinculadas a las acciones de la línea.
• Activar rutas de atención a víctimas de violencia en el contexto familiar, dando traslado inmediato al comité de seguimiento a casos en los casos que aplique
• Diligenciar los formatos de registro de cada uno de los encuentros.
• Brindar la orientación y asesoría a las familias que le sean asignadas de acuerdo con la línea miento técnico.
• Apoyar la realización de las jornadas de buen trato.
• Acompañar la realización de los encuentros con la comunidad y con las instituciones.
• Y las demás que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE**

DURACIÓN: El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma **TRES MILLONES TRES MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO pesos m/cte ($ 3.003.255)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.003.255	$ 300.325	$ 29.011	$ 2.673.918

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372**,** Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Avenida Cr 50 #38B-27 sur Villa Sonia, Bogotá, D.C, Celular 318 407-3999.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL
Contratista.
C.C. **1.013.029.535**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL**, identificada con **CC** número **1013629535**, aportó por **CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL** identificado(a) con **CC** número **1013629535** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2025-2 y 2025-3 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	57															0		30	$1,423,500	0.12500	$178,000	$0	$0	Febrero - 2025	84437416	17/03/2025	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Febrero - 2025	84437416	17/03/2025	No
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	57															0		30	$1,423,500	0.02436	$34,700	$0	$0	Febrero - 2025	84437416	17/03/2025	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	57															0		30	$1,423,500	0.00600	$8,600	$0	$0	Febrero - 2025	84437416	17/03/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **March** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL	av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85698289	$449.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

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
CC	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL		av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85698289	$449.100	

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	Exonerado	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	1013629535	OSPINA RANGEL CLAUDIA PATRICIA	57	0			N		R															25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

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	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL	av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co	
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	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86049249	$450.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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	227.800	0	0	0	0	3	500	0	228.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	3	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	3	100	8.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	178.000	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	8.600	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	450.200

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL	av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86049249	$450.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1	CC	1013629535	OSPINA RANGEL CLAUDIA PATRICIA	57	0			N																

No.	PENSIÓN							SALUD		
	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000

No.	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	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	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

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	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL	av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	10/06/2025	86872429	$449.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

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
CC	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL		av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	10/06/2025	86872429	$449.100	

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	Exonerado	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	1013629535	OSPINA RANGEL CLAUDIA PATRICIA	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

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	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL	av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co	
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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	87537811	$449.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

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
CC	1013629535	CLAUDIA PATRICIA OSPINA RANGEL		av kra 50 #38b sur - 27	7202262	cpospinar@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	87537811	$449.100	

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	Exonerado	NVG	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	1013629535	OSPINA RANGEL CLAUDIA PATRICIA	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **53.032.093**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato CPS-490-2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en PSICOLOGIA, con el cargo de **Psicologa**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS. SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE,** a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Realizar el alistamiento operativo para el desarrollo de los procesos de orientación psicosocial en prevención de las violencias, siguiendo el lineamiento técnico de la Secretaría Distrital de Integración Social.
• Realizar las orientaciones y asesorías familiares con el abogado o la abogada.
• Liderar, planificar y ejecutar todas las actividades de la línea.
• Realizar los procesos de prevención a los diferentes grupos poblacionales siguiendo la línea técnica.
• Socializar los avances, dificultades o acontecimientos que en el desarrollo de las técnicas y estrategias se consideren relevantes.
• Realizar un análisis de los registros cualitativos que se originen en cada uno de los encuentros.
• Participar en la construcción de los informes, aportando la información correspondiente a sus labores.
• Rendir los informes correspondientes al desarrollo de los procesos de promoción y prevención.
• Realizar contacto con las instituciones educativas, entidades locales, grupos y organizaciones comunitarias para la identificación de familias para ser vinculados a la estrategia de prevención.
• Realizar contacto con la(s) Comisaria(s) de familia e instituciones que hacen parte del Comité Local de seguimiento a casos y del Consejo Red del Buen trato, para la identificación de familias para ser vinculadas a las acciones de la línea.
• Activar rutas de atención a víctimas de violencia en el contexto familiar, dando traslado inmediato al comité de seguimiento a casos en los casos que aplique
• Diligenciar los formatos de registro de cada uno de los encuentros.
• Brindar la orientación y asesoría a las familias que le sean asignadas de acuerdo con la línea miento técnico.
• Apoyar la realización de las jornadas de buen trato.
• Acompañar la realización de los encuentros con la comunidad y con las instituciones.
• Y las demás que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local.

b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE**

DURACIÓN: El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma **TRES MILLONES TRES MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO pesos m/cte ($ 3.003.255)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.003.255	$ 300.325	$ 29.011	$ 2.673.918

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09 oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372**,** Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Avenida Calle 3 # 71 a 23 Nueva Marsella, Bogotá, D.C, Celular 3142074210.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de enero de 2025.

RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

GIENEENTH AZTRID GONZALEZ
Contratista.
C.C. **53.032.093**

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	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON	AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/02/2025	84069485	$434.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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
CC	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON		AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-02	2025-02	I	10/02/2025	84069485	$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	53032093	GONZALEZ RINCON GIENEENTH AZTRID	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	0

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	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON	AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	07/04/2025	84892028	$434.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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**
CC	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON		AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**	
2025-03	2025-03	I	07/04/2025	84892028	$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**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	53032093	GONZALEZ RINCON GIENEENTH AZTRID	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

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	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON	AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	08/05/2025	85622365	$434.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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
CC	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON		AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-04	2025-04	I	08/05/2025	85622365	$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	53032093	GONZALEZ RINCON GIENEENTH AZTRID	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	0

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	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON	AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86470703	$434.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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
CC	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON		AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	09/06/2025	86470703	$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	53032093	GONZALEZ RINCON GIENEENTH AZTRID	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	0

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	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON	AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	87561812	$434.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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
CC	53032093	GIENEENTH AZTRID GONZALEZ RINCON		AV CL 3 # 71 A 29	6017818118	ginni_gr@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	87561812	$434.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	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	53032093	GONZALEZ RINCON GIENEENTH AZTRID	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000		0		0	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.018.475.649**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS – 490 – de 2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Trabajo social, con el cargo de **Trabajadora social**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Realizar el alistamiento operativo para el desarrollo de los procesos de formación en prevención de las violencias, siguiendo el lineamiento técnico de la Secretaría Distrital de Integración Social. Liderar, planificar y ejecutar todas las actividades de la línea.
• Realizar los procesos de prevención a los diferentes grupos poblacionales siguiendo la línea técnica.
• Realizar las orientaciones y asesorías familiares con el abogado o la abogada y la psicóloga.
• Socializar los avances, dificultades o acontecimientos que en el desarrollo de las técnicas y estrategias se consideren relevantes.
• Realizar un análisis de los registros cualitativos que se originen en cada uno de los encuentros.
• Participar en la construcción de los informes, aportando la información correspondiente a sus labores.
• Rendir los informes correspondientes al desarrollo de los procesos de promoción y prevención.
• Activar rutas de atención a víctimas de violencia en el contexto familiar, dando traslado inmediato al comité de seguimiento a casos.
• Diligenciar los formatos de registro de cada uno de los encuentros.
• Brindar la orientación y asesoría a las familias que le sean asignadas de acuerdo con el lineamiento técnico.
• Realizar contacto con la(s) Comisaria(s) de familia e instituciones que hacen parte del Comité Local de seguimiento a casos y del Consejo Red del Buen trato, para la identificación de familias para ser vinculadas a las acciones de la línea.
• Apoyar la realización de las jornadas de buen trato.
• Acompañar la realización de los encuentros con la comunidad y con las instituciones.
• Y las demás que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local.

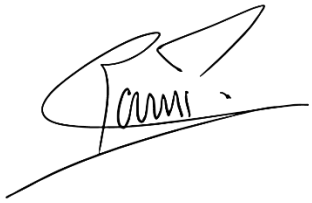
b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto

contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRES MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO pesos m/cte ($ 3.003.255)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.003.255	$ 300.325	$ 29.011	$ 2.673.918

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA**, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 913-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS

Laura Cruz

LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA
Contratista.
C.C. **1.018.475.649**

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA	calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	13/03/2025	84511105	$517.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	222.800	0		0		0	1	200	0	223.000	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	285.200	0	0	0	0	1	200	0	285.400	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	9.400				9.400	1	100	9.500			94	9.500	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	222.800	223.000
Pensión	1	285.200	285.400
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.900

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	
2025-02	2025-02	I	13/03/2025	84511105	$517.900	

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	1018475649	CRUZ BULLA LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.782.400	285.200	0	0	0	0	EPS008	1.782.400	222.800	14-23	1.782.400	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA	calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	23/04/2025	85324719	$521.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	222.800	0		0		0	13	1.900	0	224.700	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	285.200	0	0	0	0	13	2.400	0	287.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	13	100	9.500			94	9.500	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	222.800	224.700
Pensión	1	285.200	287.600
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	521.800

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	
2025-03	2025-03	I	23/04/2025	85324719	$521.800	

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	1018475649	CRUZ BULLA LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.782.400	285.200	0	0	0	0	EPS008	1.782.400	222.800	14-23	1.782.400	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA	calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	22/05/2025	86131574	$520.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	222.800	0		0		0	9	1.400	0	224.200	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	285.200	0	0	0	0	9	1.700	0	286.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	9	100	9.500			94	9.500	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	222.800	224.200
Pensión	1	285.200	286.900
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	520.600

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	
2025-04	2025-04	I	22/05/2025	86131574	$520.600	

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	1018475649	CRUZ BULLA LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.782.400	285.200	0	0	0	0	EPS008	1.782.400	222.800	14-23	1.782.400	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA	calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	24/06/2025	86945277	$521.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	222.800	0		0		0	12	1.800	0	224.600	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	285.200	0	0	0	0	12	2.300	0	287.500	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	9.400				9.400	12	100	9.500			94	9.500	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	222.800	224.600
Pensión	1	285.200	287.500
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	521.600

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
CC	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	24/06/2025	86945277	$521.600	

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	Exonerado	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	1018475649	CRUZ BULLA LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.782.400	285.200	0	0	0	0	EPS008	1.782.400	222.800	14-23	1.782.400	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@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	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87747164	$517.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	222.800	0		0		0	1	200	0	223.000	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	285.200	0	0	0	0	1	200	0	285.400	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	9.400				9.400	1	100	9.500			94	9.500	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	222.800	223.000
Pensión	1	285.200	285.400
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.900

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
CC	1018475649	LAURA ALEJANDRA CRUZ BULLA		calle 147c 94 a21	6040413	lauracruz2903@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87747164	$517.900	

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	Exonerado	IGE	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	1018475649	CRUZ BULLA LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.782.400	285.200	0	0	0	0	EPS008	1.782.400	222.800	14-23	1.782.400	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **1.023.933.861**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS – 490 – de 2024 C suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en Trabajadora social, con el cargo de **Trabajadora social**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Realizar el alistamiento operativo para el desarrollo de los procesos de formación en prevención de las violencias, siguiendo el lineamiento técnico de la Secretaría Distrital de Integración Social. Liderar, planificar y ejecutar todas las actividades de la línea.
• Realizar los procesos de prevención a los diferentes grupos poblacionales siguiendo la línea técnica.
• Realizar las orientaciones y asesorías familiares con el abogado o la abogada y la psicóloga.
• Socializar los avances, dificultades o acontecimientos que en el desarrollo de las técnicas y estrategias se consideren relevantes.
• Realizar un análisis de los registros cualitativos que se originen en cada uno de los encuentros.
• Participar en la construcción de los informes, aportando la información correspondiente a sus labores.
• Rendir los informes correspondientes al desarrollo de los procesos de promoción y prevención.
• Activar rutas de atención a víctimas de violencia en el contexto familiar, dando traslado inmediato al comité de seguimiento a casos.
• Diligenciar los formatos de registro de cada uno de los encuentros.
• Brindar la orientación y asesoría a las familias que le sean asignadas de acuerdo con el lineamiento técnico.
• Realizar contacto con la(s) Comisaria(s) de familia e instituciones que hacen parte del Comité Local de seguimiento a casos y del Consejo Red del Buen trato, para la identificación de familias para ser vinculadas a las acciones de la línea.
• Apoyar la realización de las jornadas de buen trato.
• Acompañar la realización de los encuentros con la comunidad y con las instituciones.
• Y las demás que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local.

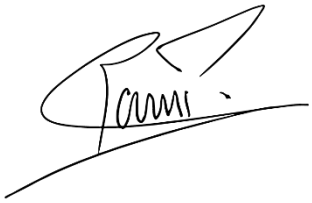
b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto

contractual es un (6) meses, Desde el quince (15) de enero de 2025 hasta el quince (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES TRES MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO pesos m/cte ($ 3.003.255)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

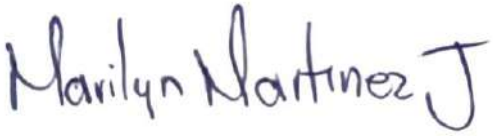
	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 3.003.255	$ 300.325	$ 29.011	$ 2.673.918

CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial.
PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 913-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) día del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMEZ
Contratista.
C.C. **1.023.933.861**

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-02	2025-02	I	07/03/2025	83579260	$797.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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	337.500	0	0	0	0	0	0	0	337.500	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	432.000	432.000
Pensión	1	337.500	337.500
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.700	797.700

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-02	2025-02	I	07/03/2025	83579260	$797.700	

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	Exonerado	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	1023933861	MARTINEZ JIMENEZ MARILYN ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-23	2.256.000	2	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85478723	$797.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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	337.500	0	0	0	0	0	0	0	337.500	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	432.000	432.000
Pensión	1	337.500	337.500
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.700	797.700

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85478723	$797.700	

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	Exonerado	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	1023933861	MARTINEZ JIMENEZ MARILYN ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-23	2.256.000	2	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-04	2025-04	I	07/05/2025	86397349	$797.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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	337.500	0	0	0	0	0	0	0	337.500	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	432.000	432.000
Pensión	1	337.500	337.500
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.700	797.700

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-04	2025-04	I	07/05/2025	86397349	$797.700	

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. x exterior	Exonerado	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	1023933861	MARTINEZ JIMENEZ MARILYN ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-23	2.256.000	2	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	10/06/2025	87193186	$797.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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	337.500	0	0	0	0	0	0	0	337.500	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	432.000	432.000
Pensión	1	337.500	337.500
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.700	797.700

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	10/06/2025	87193186	$797.700	

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. x exterior	Exonerado	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	1023933861	MARTINEZ JIMENEZ MARILYN ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-23	2.256.000	2	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88741271	$797.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	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	337.500	0	0	0	0	0	0	0	337.500	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	28.200				28.200	0	0	28.200			282	28.200	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	432.000	432.000
Pensión	1	337.500	337.500
Riesgos Laborales	1	28.200	28.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.700	797.700

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	1023933861	MARILYN ANGELICA MARTINEZ JIMENEZ	CALL 55ª SUR NO. 27 90	3118604299	MARTINEZ.MARILYN002@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	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88741271	$797.700	

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. x exterior	Exonerado	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	1023933861	MARTINEZ JIMENEZ MARILYN ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-23	2.256.000	2	28.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC S.A.S. Y RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC S.A.S.** identificada con NIT. 900.279.352-0 con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, D.C., y representada legalmente por **RAMON ELIAS CARMONA LOZANO** mayor de edad, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.417.439 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, quien en adelante y para todos los efectos relacionados con el presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte, y de la otra **RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ** mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. **51.581.370**, también mayor de edad, residente de la ciudad de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales en el marco del contrato No. CPS-490 – 2024 suscrito entre nuestra empresa PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS, como Profesional en abogada, con el cargo de **DERECHO**; acto que estará regulado y sujeto a las disposiciones civiles y legales que correspondan frente al cumplimiento o cualquier situación que afecte lo estipulado entre las partes del presente documento. Se estipulan las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA,** de manera independiente y autónomamente, sin que exista subordinación laboral, utilizará sus propios medios y los que le pueda asignar EL CONTRATANTE, se compromete a prestar los siguientes servicios a la entidad **PROYECTOS Y CONSULTORIAS RC SAS.** EL CONTRATISTA, controlará sus tiempos de asesoría en relación con los beneficiaros del servicio, de forma autónoma e independiente sin que ello constituya relación laboral o subordinación con **PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RS SAS**. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Se obliga con **EL CONTRATANTE** a: a). Prestar sus servicios en lo que las partes pacten de mutuo acuerdo:

• Orientación Jurídica en materia de las acciones que desde el actuar y orientación a violencia intrafamiliar y/o sexual sea necesario en el marco de la línea de orientación y atención familiar.
• Entregar la información requerida por la Comisaría de familia de los casos que se estén realizando.
• Acompañamiento a procesos de formación técnica y a ciudadanía en el marco de la orientación de la violencia intrafamiliar y/o sexual.
• Las que sean indicadas por la interventoría y/o supervisión asignada por la Alcaldía Local.

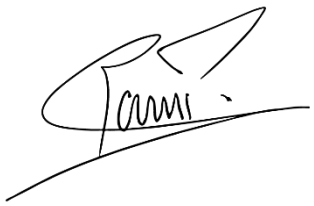
b), Dar uso debido y adecuados de la información que le sean entregados por parte DEL CONTRATANTE para la plena ejecución del presente contrato. c). Dar cumplimiento a las normas de calidad, ejecuciones establecidas por EL CONTRATANTE. **TERCERA. TÉRMINO DE DURACIÓN:** El término de duración del preste contrato para la ejecución y desarrollo del objeto contractual es un (6) meses, Desde el primero (15) de enero de 2025 hasta el treinta (15) de julio de 2025 contados a partir de la firma del presente contrato. **CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE,** pagará, por concepto de honorarios, la suma de **TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL TRECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE, ($4.492.666)** mensuales, previa presentación de la cuenta de cobro junto el pago de aportes parafiscales.

	DESCUENTOS		
VALOR ACTUAL	RTE FUENTE	RTE ICA	VALOR TOTAL
$ 4.449.267	$ 444.927	$ 42.980	$ 3.961.360

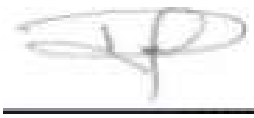
CESIÓN DEL CONTRATO: Los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato son intuito persona y no podrán ser cedidos o trasferidos por **EL CONTRATISTA**, sin el consentimiento previo y escrito por parte del **CONTRATANTE**. **QUINTA. NATURALEZA:** Las partes hacen constar expresamente que en el presente contrato no existe continuidad, subordinación y/o dependencia

entre ellas; y así mismo, no se configura ni se configurará vínculo laboral alguno. **SEXTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por la total ejecución y desarrollo del Objeto Contractual. **2.** Por culminación del término establecido. **3.** Por el mutuo acuerdo de las partes, **4.** Por la decisión unilateral y previo aviso del **CONTRATANTE 3.** Por imposibilidad de ejecución del objeto contractual, **5.** Por liquidación judicial del CONTRATANTE 6. Por cualquier otra causa legalmente establecida. **SEPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO**: Toda modificación o enmienda total o parcial del presente contrato sólo tendrá validez si es por escrito y si es aceptada por **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIVIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga y garantiza que guardará la debida reserva sobre la información que le sea suministrada en desarrollo del presente contrato, y en virtud de guarda y custodia del Secreto Profesional, la cual para todos los efectos será considerada como ***"Información Confidencial"*** y de propiedad del **CONTRATANTE.** Así mismo, **EL CONTRATISTA** garantiza que la información que conozca y genere en desarrollo del presente contrato, no se entregará o suministrará total o parcialmente a ningún tercero o persona ajena o extraña al **CONTRATANTE,** salvo que **EL CONTRATANTE** expresamente y por escrito lo autorice o, se trate de un requerimiento de una autoridad judicial. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA**, autoriza que los documentos que se produzcan en desarrollo y virtud del presente contrato podrán ser citados y transcritos total o parcialmente por el **CONTRATANTE**, ante autoridades y ante terceros cuando así lo considere conveniente y necesario. **NOVENA. CLAUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento total o parcial de **EL CONTRATISTA** reconocerá y pagará al **CONTRATANTE u**na suma equivalente al **CUARENTA POR CIENTO (40%)** del valor total del contrato, suma que se considera como tasación anticipada de los perjuicios causados, igualmente, EL CONTRATANTE podrá acudir a la jurisdicción competente, adicionalmente podrá retener y deducir la suma resultante de la cláusula penal del valor o saldo de la liquidación del contrato. **DECIMA. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida de la profesional; b). Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía c) Certificados de la cuenta bancaria, **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia susceptible de transacción que surgiere entre las partes por causa de la celebración, ejecución o terminación del presente contrato, que no pueda ser resuelta directamente entre las mismas, dentro de los TRES (3) días siguientes a su surgimiento, por procedimientos de autocomposición, se someterá a la decisión definitiva del Centro de Conciliación del Ministerio del Trabajo **DÉCIMO SEGUNDA. MERITO EJECUTIVO:** Las partes reconocen y aceptan que este contrato presta mérito ejecutivo para la exigencia judicial del cumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas de él. **DECIMO TERCERA. DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato la dirección del **CONTRATANTE** es Calle 95 No. 13-09, Oficina 402 del Edificio Cataluña en la ciudad de Bogotá, D.C., teléfono (601) 3105372, Correo Electrónico coordinacion@proyconsult.com y la de **EL CONTRATISTA**, Carrera 46 # 135-07, Bogotá, D.C, Celular 3164936156.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los (15) días del mes de enero de 2025.



RAMON ELIAS CARMONA LOZANO
Representante Legal
PROYECTOS Y CONSULTORÍAS RC SAS



RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ
Contratista.
C.C. **51.581.370**

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	
2025-02	2025-02	I	25/03/2025	84463100	$583.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	7	1.100	0	251.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	7	1.500	0	321.500	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	10.500				10.500	7	100	10.600			105	10.600	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	250.000	251.100
Pensión	1	320.000	321.500
Riesgos Laborales	1	10.500	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	583.200

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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**	
2025-02	2025-02	I	25/03/2025	84463100	$583.200	

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	51581370	GALVIS HERNANDEZ RUTH MARIA	59	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	15/04/2025	85276643	$580.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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**
CC	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ		CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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**	
2025-03	2025-03	I	15/04/2025	85276643	$580.500	

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	51581370	GALVIS HERNANDEZ RUTH MARIA	59	0			N																			25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	06/05/2025	86072239	$580.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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
CC	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ		CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-04	2025-04	I	06/05/2025	86072239	$580.500	

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	51581370	GALVIS HERNANDEZ RUTH MARIA	59	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	09/06/2025	86897932	$580.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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
CC	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ		CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	09/06/2025	86897932	$580.500	

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	51581370	GALVIS HERNANDEZ RUTH MARIA	59	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87539451	$580.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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	51581370	RUTH MARIA GALVIS HERNANDEZ	CARRERA 53 #131 A 75 Apto 507	2362224	jeronimo0313@outlook.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	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87539451	$580.500	

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	Exonerado	NVG	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	51581370	GALVIS HERNANDEZ RUTH MARIA	59	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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