| | |
|---|---|
| | **FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** |

**Número de Contrato :** 987-2020

**N° de Radicado de solicitud de contratación:**20-28642--0

**INFORMACIÓN BÁSICA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del contratista:**ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA | **Número de indentificación: (**CC**):** 28821063 |

**Objeto del contrato:**Prestación de servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor en los programas de Diálogo Ciudadano, así como Casas del Consumidor de Bienes y Servicio

**Forma de pago:**

UN (1) UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidara aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes Febrero de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar,

CINCO (5) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000), contados a partir del marzo de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar

UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 833.3330), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10 formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

| | | |
|---|---|---|
| **Fecha de suscripción:** 2020-02-10 | **Fecha de inicio:** 2020-02-10 | **Fecha de terminación:** 2020-08-10 |

**Plazo:** El plazo de ejecución del contrato es hasta el 10 de Agosto de 2020, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la ARL.

| | |
|---|---|
| **Periodo de pago:** Agosto | **N° de pago:** Séptimo |

**MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | |
|---|---|---|
| **Prórroga** | **Término de la prórroga** | **Fecha final:** |
| | | |
| **Adición:** | **Valor adición:** | **Valor Total:** |
| | | |
| **Reducción:** | **Valor reducción:** | **Valor Total:** |
| | | |
| **Cesión:** | **Cedente:** | **Cesionario:** |
| | | |
| **Suspensión:** | **Término de suspensión:** | **Fecha reinicio:** |
| | | |

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

| | |
|---|---|
| **Valor del contrato:** | 15,000,000 |

| | |
|---|---|
| | **FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** |

**Número de Contrato :** 987-2020

| | |
|---|---|
| **Pagos Realizados:** | 14,166,667 |
| **Saldo del Contrato:** | 833,333 |
| **Valor de este Pago:** | 833,333 |
| **Nuevo Saldo del contrato:** | 0 |

**APORTES AL SGSS**

| | | |
|---|---|---|
| **Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales** | **Mes** | **N° de Planilla:** |
| | **Agosto** | **7760939950** |
| **Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas** | | |

**SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| **¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del** | **SI** | **NO** |
| | | **X** |

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

| Código CCP | Nombre del CCP | Número de Registro Presupuestal | Valor afectación |
|---|---|---|---|
| 3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-005-09-5 | RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS AUXILIARES ESPECIALIZADOS DE OFICINA | 139120 | 833333.0 |

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

**Observaciones:**

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en informe anexo (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente . Por lo anterior

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 07 días del mes de Septiembre de 2020

| | |
|---|---|
| | **FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** |

**Número de Contrato :** 987-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.09.07 16:14:33 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

**FIRMA**

**Supervisor**

**Cargo**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

| CLAUSULA | % Acu | % Mes | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar en la ciudad de Ibague las campañas, visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de los programas Diálogo Ciudadano – Casa del consumidor de Bienes y Servicios, dirigida a consumidores, comerciantes y proveedores del territorio nacional. | 92 | 8.0 | Realicé mediante canales virtuales la divulgación del Estatuto del Consumidor a comerciantes de la ciudad de Bogotá registrados en la base de datos del año 2018 suministrada por la gestora de la ciudad Dra. Luz Stella Forero,<br>Las llamadas las realice de la siguiente forma:<br>03 – 06 de agosto: 45 llamadas siendo efectivas 26 llamadas.<br>10 de agosto: 9 llamadas efectivas. |
| 2. Capacitar y acompañar en los procesos de capacitaciones jurídicas de las normas vigentes sobre protección al consumidor, dirigidas a consumidores, comerciantes y proveedores que se realicen en el lugar establecido por el supervisor del contrato. | 76 | 0.0 | No se cumplió debido a la emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional causada por el Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio emitió la circular Interna Nro. 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales fueron suspendidas temporalmente, por lo cual no se desarrollaron actividades de capacitación dirigidas a los ciudadanos en calidad consumidores, comerciantes o proveedores. |
| 3. Elaborar las citaciones dirigidas a autoridades y particulares del orden nacional y local necesarios para la eficaz y correcta ejecución del programa Diálogo Ciudadano. | 92 | 0.0 | No se requirió para este periodo, teniendo en cuenta que debido a la emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional causada por el Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio emitió la circular Interna Nro. 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales fueron suspendidas temporalmente |
| 4. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor. | 76 | 0.0 | Se sostuvo comunicación con la gestora de la casa del consumidor de la ciudad de Ibagué, Dra. Carolina Toro Gómez quien informó que en virtud de la emergencia |

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

| CLAUSULA | % Acu | % Mes | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | | | frente al Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio publicó la circular No. 0011 del 2020, mediante la cual informó que las actividades presenciales se encuentran suspendidas. Por lo tanto, la Casa del Consumidor no a ha suministrado actividades a realizar por parte del grupo de Dialogo Ciudadano de Ibagué. |
| 5. Apoyar la caracterización de los ciudadanos atendidos así como el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas de los programas de Dialogo Ciudadano y Casas del Consumidor de Bienes y Servicios. | 92 | 8.0 | Apoyé la caracterización e individualización de los ciudadanos atendidos mediante las llamadas de divulgación, de acuerdo a los parámetros establecidos por el programa. El soporte de lo anterior, consta en la matriz entregada por el programa para tal fin. |
| 6. Apoyar la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios. | 76 | 0.0 | De acuerdo con las disposiciones reglamentarias del Gobierno Nacional y en concordancia con la circular No. 0011 del 2020, publicada por la Superintendencia de Industria y Comercio mediante la cual se informó que las actividades presenciales se encuentran suspendidas, no fueron asignadas actividades por parte da la Casa del Consumidor de la ciudad de Ibagué. |
| 7.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual. | 92 | 8.0 | Asistí a reunión el día 3 de agosto con la gestora de la ciudad de Ibagué Dra. Luz Stella Forero. Temas Generales.<br><br>Capacitación: Organización e Inventario Documental FUID. A cargo de Fanny Hernández e Iván Soto. Agosto 4.<br>Capacitación: Habilidades Blandas. Liderazgo Efectivo. Dra. Diana Murgas. Agosto 6. |

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

# FORMATO ACTA DE RECIBO FINAL Y/O INFORME FINAL DE EJECUCIÓN.

En cumplimiento de sus obligaciones como contratista de la Superintendencia de Industria y Comercio, deberá diligenciar este formato para los siguientes eventos: Finalización del plazo contractual, terminación anticipada y cesión del contrato. Este documento deberá tramitarse ante el jefe de cada dependencia según corresponda para cada ítem.
**Nota:** Para los contratistas que deben tramitar la última cuenta de cobro previamente a la fecha de finalización del plazo de ejecución, deberán allegar el presente documento a la fecha de terminación al Grupo de Trabajo de Contratación. Para los demás casos, deberá anexarse a la última cuenta de cobro y radicarse ante el Grupo de Trabajo de Contratación.

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO. | Contrato o Convenio N° | 987 del 2020 | FECHA DE SUSCRIPCIÓN **(aaaa-mm-dd)** | 2020-02-10 |
| | Tipo | PRESTACION SERVICIOS | | |
| CONTRATISTA. | | | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | |
| IDENTIFICACIÓN. **(CC-NIT)** | | | 28.821.063 | |
| REPRESENTANTE LEGAL. | | | N/A | |
| SUPERVISOR / INTERVENTOR DEL CONTRATO. | | Nombre. | JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO | |
| | | Cargo. | COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO A LA RED NACIONAL DE PROTECCION AL CONSUMIDOR | |
| OBJETO. | | | Prestación de servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor en los programas de Diálogo Ciudadano, así como Casas del Consumidor de Bienes y Servicio. | |
| VALOR INICIAL. | | | $ | 15.000.000,00 |
| FECHA INICIO DE CONTRATO. | | | **10/02/2020** | |
| ADICIONES. | | | FECHA DE CELEBRACION. **(aaaa-mm-dd)** | VALOR. |
| PRORROGAS. | | | FECHA DE CELEBRACION. **(aaaa-mm-dd)** | PLAZO DE CONTRATO. **(aaaa-mm-dd)** |
| MODIFICACIONES. | | | FECHA DE CELEBRACION. **(aaaa-mm-dd)** | OBJETO DE LA MODIFICACION. |
| CESION. | | | FECHA DE CELEBRACION. **(aaaa-mm-dd)** | OBJETO DE LA MODIFICACION. |
| TERMINACION ANTICIPADA. | | | FECHA DE CELEBRACION. **xxxx** | OBJETO DE LA MODIFICACION. xxxx |
| FECHA TERMINACIÓN FINAL CON PRORROGAS O TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO. | | | **10/08/2020** | |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO CON ADICIONES. | | | | |
| BALANCE ECONONICO DEL CONTRATO. | | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 15.000.000 | VALOR EJECUTADO $ 15.000.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION. | | | **100%** | |

## 2. ENTREGA AL SUPERVISOR.

| ITEM. | NOMBRE DEL JEFE. | FIRMA Vo/Bo. |
|---|---|---|
| Se recibe informe final verificando cumplimiento del objeto, alcance y obligaciones y se da visto bueno de su contenido. | Jaime Enrique Santiago Moncaleano Alvarado | |
| Se recibe planilla del último pago de las Obligaciones al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales. | Jaime Enrique Santiago Moncaleano Alvarado | |
| Se recibe inventario de los aplicativos o sistemas externos utilizados, ubicación, usuarios asignados, códigos de acceso a servicios externos o contraseñas (si procede). | Jaime Enrique Santiago Moncaleano Alvarado | |
| Se recibe inventario de documentación de Gestión y archivo magnetico. | Jaime Enrique Santiago Moncaleano Alvarado | |

## 3. ENTREGA A OFICINA DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA.

| ITEM. | NOMBRE DEL JEFE. | FIRMA Vo/Bo. |
|---|---|---|
| Se cancela la cuenta de correo y accesos de este usuario a los aplicativos de la SIC. | Francisco Rodriguez E. | Firmado digitalmente por FRANCISCO ANDRES RODRIGUEZ ERASO |

## 4. ENTREGA A DIRECCIÓN FINANCIERA.

| ITEM. | NOMBRE DEL JEFE. | FIRMA Vo/Bo. |
|---|---|---|
| Se da constancia que no tiene pendiente legalización por concepto de gastos en desplazamiento. | Ángel Augusto Velasco | ANGEL VELASCO |

## 5. ENTREGA AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y RECURSOS FISICOS.

| ITEM. | NOMBRE DEL JEFE. | FIRMA Vo/Bo. |
|---|---|---|
| Se verifican y reasignan los elementos asignados por inventario. *(Debe cumplir con el numeral 3, antes de tramitar la entrega de inventario).* | Juan Sebastián Daza | |
| Se recibe la tarjeta de acceso a la entidad o en su defecto denuncia por pérdida y el respectivo pago. | Juan Sebastián Daza | |
| Se recibe el carné o en su defecto denuncia por pérdida y el respectivo pago. | Juan Sebastián Daza | |
| Se da constancia que no tiene pendiente la entrega de documentos de Archivo Central. | Viviana Andrea Rodríguez | |

## 6. OTROS.

**OBSERVACIONES:**

**Para constancia se firma el 10/08/2020**

**FIRMA CONTRATISTA:** _____

**FIRMA SUPERVISOR:** _____

**NOMBRE DEL SUPERVISOR: JAIME ENRIQUE S. MONCALEANO A.**

**CARGO:COORDINADOR RNPC**

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

# FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yo | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA | | | | | | | |
| Tipo Identificación | NIT | C.C X | C.E | | NP | NIP | Número Ident. | 28.821.063 |
| Teléfono fijo | 2 762708 | Celular 1 | 317 6767660 | | | | Celular 2 | |
| Teléfono trabajo | | | | | | Ext. | | |
| Dirección | Cra. 5 No. 46-41 Apto. 402 Piedra Pintada Alta | | | | | Ciudad | | Ibagué |
| Correo electrónico 1 | angelaosorio3013@gmail.com | | | | | Correo electrónico 2 | | |
| Regimen Impuento a las Ventas | Simplificado | X | Comun | | PENSIONADO | | SI ___ NO _X_ | |

**1. Declaro bajo la gravedad de juramento**

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato № 987 de 2020, suscrito con La Superintencia de Industria y Comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

| Nombre EPS, AFP y ARL | Planilla No. | Periodo | | Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora |
|---|---|---|---|---|
| | | Mes | Año | |
| SALUDTOTAL | 7760939950 | AGOSTO | 2020 | $ 125.000,00 |
| PORVENIR | 7760939950 | AGOSTO | 2020 | $ 160.000,00 |
| POSITIVA | 7760939950 | AGOSTO | 2020 | $ 5.300,00 |

| 2. Para efectos de la aplicación del articulo 383 E.T. | SI | NO |
|---|---|---|
| a) Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensacion de servicios personales y para la generacion de dicho ingreso NO ha vinculado (2) dos o mas trabajadores asociados al desarrollo de la actividad. | X | |

***Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1***

| 3. Solicitud deducciones (Art. 387 del E.T. y Art. 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013) | SI | NO |
|---|---|---|
| c) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1. | | X |
| d) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la entidad que financia el crédito. | | X |
| e) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los aportes a la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. | | X |

***Nota: Diligencie el "Anexo 1 Declaración Juramentada" solo si su respuesta fué "Si" en alguno de los literales del item 3***

**4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC**

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

| Concepto | Nombre entidad | № de cuenta | Valor |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Se firma a los 10 días del mes de AGOSTO del año 2020

Firma

**INFORME FINAL DE ACTIVIDADES**
**DESDE 10 DE FEBRERO HASTA EL 10 DE AGOSTO DEL 2020**

**CONTRATISTA:** Angela Rocio Osorio Rueda
**CONTRATO:** 987 DEL 2020
**CEDULA:** 28.821.063
**PROYECTO:** Dialogo Ciudadano

| **OBLIGACIONES GENERALES** | |
|---|---|
| **OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | ***ACTIVIDADES REALIZADAS.*** |
| **1.** Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. | Se cumplió con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo mi propia responsabilidad. |
| **2.** Asistir a las reuniones que les sea señaladas y/o programadas por el supervisor del contrato. | Se cumplió ya que asistí a las reuniones programadas por la coordinación del proyecto Dialogo Ciudadano. |
| **3.** Presentar un informe final de las actividades desarrolladas el día del vencimiento del plazo pactado, el último pago de los aportes al sistema de Seguridad Social Integral. | Se cumplió en la medida que se presenta el informe final con las actividades desarrolladas desde el 10 de febrero hasta el 10 de agosto de 2020, tiempo que duro el contrato de prestación de servicios. |
| **4.** Cumplir con los lineamientos del sistema de gestión de calidad, sistema de gestión ambiental, sistema de gestión de seguridad de la información, sistema de seguridad y salud en el trabajo, así como el Código de Ética del Buen Gobierno de la Superintendencia de Industria y Comercio. | Se cumplió ya que se cumplieron los lineamientos de los diferentes sistemas de gestión, y se acataron las recomendaciones dispuestas por ellos. |
| **5.** Presentar los informes que requiera el supervisor del contrato. | Se cumplió ya que se presentó el informe mes a mes al supervisor del contrato. |
| **6.** Dar cumplimiento al procedimiento de Administración de Bienes devolutivos y de consumo de la CONTRATANTE, velar por el buen uso de los bienes y elementos entregados por la Contratante, para el ejercicio de las actividades relacionadas con a la ejecución del objeto contractual. Abstenerse de utilizarlos para fines y lugares diferentes a los convenidos, y entregarlos a la finalización del vencimiento del plazo pactado. | Se cumplió velando por el buen uso de los bienes y elementos como lo son carnet, gorra y chaleco institucional. Utilizando estos solo en el ejercicio de las actividades del objeto contractual. |

| | |
|---|---|
| **7.** Mantener y garantizar total confidencialidad sobre la información que le sea entregada para el cumplimiento del objeto del contrato, durante la ejecución del mismo y con posterioridad a su finalización, la cual no será compartida o divulgada a terceras personas no relacionadas con el desarrollo de las labores encomendadas por la CONTRATANTE. Cualquier información que sea requerida sólo será suministrada previa autorización escrita y expresa dada por la CONTRATANTE. Así mismo, deberá cumplir lo estipulado en el documento: Acuerdo de seguridad y privacidad para contratistas, publicado en el Sistema Integral de Gestión Institucional - SIGI, el cual se entiende conocido y aceptado con la suscripción del presente contrato. | Cumplí con el Acuerdo de seguridad y privacidad para contratistas, publicado en el Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI. |
| **8.** Mantener vigente la afiliación y cumplir con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Sistema General de Riesgos Laborales durante la ejecución del contrato. En el evento que se tenga conocimiento sobre adulteraciones, falsificaciones o cualquier otra situación que se derive del cumplimiento de esta obligación, la CONTRATANTE procederá a interponer las acciones a que haya lugar. | Se cumplió, mediante pago de la planillas de seguridad social y riesgos laborales de los meses de febrero a agosto de 2020. |
| **9.** Atender las instrucciones dadas por el Supervisor del Contrato para la buena ejecución del mismo. | Se cumplió ya que se acataron las instrucciones dadas por el Supervisor del Contrato, para el buen desarrollo de las actividades programadas para el proyecto. |
| **10.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en general se obliga a cumplir con lo establecido en las Leyes 80 de 1993, Ley 1474 de 2011, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios | Se cumplió ya que obre con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales. |
| **11.** Responder civil y penalmente tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, como por los hechos u omisiones que le fueren imputables y causen daño o perjuicio a la entidad de acuerdo con el artículo 52 de la ley 80 de 1993, y demás normas aplicables en la materia. | No se requirió cumplir para el presente periodo. |
| **12.** Desplazarse a nivel nacional e internacional para el cumplimiento de sus obligaciones y ejecución | No se requirió cumplir para el presente periodo. |

| | |
|---|---|
| del objeto contractual, conforme lo indique el supervisor del contrato, si a ellos hubiere lugar. | |
| **13.** Una vez establecida la necesidad de desplazamiento, en el evento en que sea en el exterior, deberá adjuntar, copia del seguro médico vigente, en donde se especifique el cubrimiento total en el exterior. | No se requirió cumplir para el presente periodo. |
| **14.** Legalizar los gastos de viaje, manutención y alojamiento dentro del plazo estipulado por la entidad para dicho trámite. | No se requirió cumplir para el presente periodo. |
| **15.** Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato de prestación de servicios y las que por su naturaleza le sean atribuibles conforme al objeto y alcance del mismo. | Se cumplió. |
| **16.** Mantener actualizado su domicilio durante la vigencia del contrato y presentarse a la SIC en el momento en que sea requerido para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación, si a ello hubiere lugar, y cualquier documento derivado de la ejecución del contrato. | 16. Durante el presente contrato se mantuvieron actualizados todos mis datos personales. |
| **17.** Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato. | Se cumplió. |
| **18.** Cumplir estrictamente todas las obligaciones establecidas en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, la Ley 797 de 2003, el decreto 1703 de 2002 y el Decreto reglamentario 510 de 2003 y la Ley 1562 de 2012 y suministrar al supervisor del contrato lo pertinente de haber lugar a ello. | Se cumplió. |
| **19.** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la Presidencia de la República y la Superintendencia de Industria y Comercio, para el uso, manejo y publicación en redes sociales, sobre la información de la entidad y cualquiera que sea de carácter público. | Se cumplió. |
| **20.** Abstenerse de dar información o reporte a medios de comunicación (Radio, Televisión, Prensa, Redes Sociales y cualquier medio impreso o digital) sobre: a) Información confidencial o reservada de la Superintendencia de Industria y Comercio, b) aquella que sea producto o resultado de la ejecución del presente | No di información o reporte a medios de comunicación (Radio, Televisión, Prensa, Redes Sociales ni a medio impreso o digital) sobre: a) Información confidencial o reservada de la Superintendencia de Industria y Comercio, b) aquella que sea producto o resultado de la ejecución del |

| | |
|---|---|
| contrato y c) la de carácter reservado de cualquier entidad pública. | presente contrato y c) la de carácter reservado de cualquier entidad pública. |
| **21.** Tramitar el formato GAOI-FIO, a la finalización del contrato. | Se cumplió con el diligenciamiento del formato GAOI-FIO, a la finalización del contrato. |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | |
| 1. Apoyar en la ciudad de Ibagué las campañas, visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de los programas Diálogo Ciudadano - Casa del consumidor de Bienes y Servicios, dirigida a consumidores, comerciantes y proveedores del territorio nacional. | Apoye en la ciudad de Ibagué las campañas de visitas de divulgación del Estatuto del Consumidor durante los meses de febrero y marzo, visitas presenciales realizadas en la comuna 1 de la ciudad de Ibagué. Además, realice divulgación del Estatuto del Consumidor por medio de llamadas telefónicas a comerciantes de la ciudad de Bogotá. Así mismo realice informes poblacionales y comerciales de las diferentes comunas de la ciudad de Ibagué. |
| 2. Capacitar y acompañar en los procesos de capacitaciones jurídicas de las normas vigentes sobre protección al consumidor, dirigidas a consumidores, comerciantes y proveedores que se realicen en el lugar establecido por el supervisor del contrato. | No se cumplió ya que debido a la emergencia sanitaria causada por el Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio emitió la circular Nro. 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales fueron suspendidas, por lo cual no se desarrollaron capacitaciones dirigidas a los ciudadanos en calidad consumidores, comerciantes o proveedores. |
| 3. Elaborar las citaciones dirigidas a autoridades y particulares del orden nacional y local necesarios para la eficaz y correcta ejecución del programa Diálogo Ciudadano. | Los integrantes de Dialogo Ciudadano de Ibagué, solicitamos a la Cámara de Comercio de Ibagué y al Secretario de Hacienda de la Alcaldía Municipal información sobre establecimientos de comercio registrados en la ciudad de acuerdo al censo comercial del año 2019. Elaboramos citaciones dirigidas al gerente del Terminal de Transporte de la ciudad de Ibagué para poder realizar visitas de divulgación de la Ley 1480 de 2011 en los diferentes locales comerciales del Terminal de Transporte. |

| | |
|---|---|
| 4. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor | Por medio de comunicación sostenida con la Gestora de la casa del consumidor de la ciudad de Ibagué, Dra. Carolina Toro Gómez la cual informó que en virtud de la emergencia frente al Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio publicó la circular No. 0011 del 2020, razón por la cual las actividades presenciales se encuentran suspendidas. Por lo tanto, la Casa del Consumidor no a ha suministrado actividades a realizar por parte del grupo de Dialogo Ciudadano de Ibagué. |
| 5. Apoyar la caracterización de los ciudadanos atendidos así como el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas de los programas de Dialogo Ciudadano y Casas del Consumidor de Bienes y Servicios. | Se realizó con el correcto diligenciamiento de las planillas de visitas a comerciantes.<br>Realice encuestas a usuarios de las RNPC de diferentes ciudades, con el fin de realizar el respectivo seguimiento a sus peticiones, además de evaluar la experiencia que tuvieron como usuarios de la RNPC.<br>Además hice divulgación del Estatuto del Consumidor, por medio de canales virtuales, realizada a los comerciantes de la ciudad de Bogotá, les di a conocer los canales virtuales con los que cuenta la Red Nacional de Protección al Consumidor y la Superintendencia de Industria y Comercio en las cuales pueden conocer derechos y obligaciones de los consumidores al igual que pueden utilizar estos medios para interponer quejas, reclamos y denuncias si creen que sus derechos como consumidores han sido vulnerados. |
| 6. Apoyar la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios. | De acuerdo con las disposiciones reglamentarias del Gobierno Nacional y en concordancia con la circular No. 0011 del 2020, publicada por la Superintendencia de Industria y Comercio mediante la cual se informó que las actividades presenciales se encuentran suspendidas, no fueron asignadas actividades por parte da la Casa del Consumidor de la ciudad de Ibagué. |

| | |
|---|---|
| 7. Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto contractual. | Realice la proyección de las visitas de divulgación de las diferentes comunas de la ciudad de Ibagué, posteriormente se diligencio el formato DA01-F10.<br>Asistí a las diferentes capacitaciones programadas por el grupo de gestión del conocimiento, así como a las reuniones programas por la líder de nuestro proyecto Dra. María del Mar Cabrales y de la Gestora de nuestra ciudad Dra. Luz Stella Forero.<br>Realice teletrabajo requerido desde la ciudad de Bogotá, como lo fueron los informes poblacionales y comerciales de las diferentes comunas de la ciudad de Ibagué de conformidad con nuestro objeto contractual.<br>Realizamos propuesta de Feria de Servicios de la RNPC, a realizar en la ciudad de Ibagué. |

**Para constancia se firma el 10 de agosto de 2020**



**Angela Rocio Osorio**
**C.C: 28.821.063**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 29821063 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 5 # 45-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762706 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | 4326137977 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES febrero | AÑO 2020 | | |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/02/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | 9999137990 | | | | |

### 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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | | $ 140.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 140.500** | **$ 0** | | **$ 140.500** |

### 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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 109.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 109.800** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.600 | $ 4.600 | $ 0 | $ 0 | $ 4.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.600** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SALINTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | 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 | VR UPC | 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 29821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 877.803 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 877.803 | 2821063 | $ 4.600 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 254.900 |
|---|---|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28821063 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 5 # 45-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELEFONO: | 2762708 |
| TIPO APORTANTE: | 024INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7747685121 | TIPO DE PLANILLA: | | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo | AÑO | | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/03/31 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 568118468 |

### 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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 160.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

### 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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SALVOINTEGRAL | VOLUNTARIO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | 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 | V/r UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | $ 28821063 | $ 5.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 290.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28821063 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762706 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7750469549 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES abril AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/05/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | 613607165 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |

**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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |

**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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | 28821063 | $ 5.300 |

PARAFISCALES

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

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 290.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | | 28821063 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE DEPARTAMENTO: | | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA TELÉFONO: | | 2762738 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | | 1-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: | | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 77537159 31 | TIPO DE PLANILLA: | | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | | | MES mayo AÑO | | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/05/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 638280726 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 160.000** |

**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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

**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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SOL. INTERNAL | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | 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 | Vr UPC | 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 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | $ 28821063 | $ 5.300 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 290.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 28821063 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCION: | CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762708 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la ac |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7756599800 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | junio | AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/06/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | | 685292482 |

### 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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 160.000** |

### 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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

### 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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | AR | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RESIDENTE TRIBUTARIA | INC | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | 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 | Vr UPC | 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 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | 28821063 | $ 5.300 | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 290.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28821063 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCION: | CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO: | 2762708 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7759741950 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | Julio AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | Julio AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020-07-31 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 6978 18000 |

### 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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 160.000** |

### 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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

### 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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO/EXTRANJERO | EXTRANJERO | RESIDENTE FISCAL | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VR UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | $ 28821063 | $ 5.300 | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 290.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 28821063 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | IBAGUE | DEPARTAMENTO: | TOLIMA |
| DIRECCIÓN: | CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA | TELÉFONO | 2762706 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladores y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7760939950 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020-09-10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 707046062 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 160.000** |

### 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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

### 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 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 5.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 5.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RENTA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | V/ UPC | 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 28821063 | OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 250301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | $ 28821063 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 290.300 |
|---|---|