TALENTO HUMANO

www.funfinsocial.org
@Conunfinsocial
Cra. 53 No. 80-198 piso 8
Barranquilla, Colombia.
info@funfinsocial.org
310 203 7441

fundación con un fin social

TALENTO HUMANO CONTRATADO

N	Nombre	Cedula	Honorarios	Periodo de ejecucion	Cargo
1	PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ	22.533.206	$ 1.750.000	06 de abril al 05 de mayo de 2025	AUXILIAR ADMINSITRATIVO
N	**Nombre**	**Cedula**	**Honorarios**	**Periodo de ejecucion**	**Cargo**
1	BERENA GARCIA DURAN	64.554.976	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallersita del ser
2	LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA	1.103.117.863	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallersita del ser
3	MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ	1.005.585.065	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallersita del ser
4	LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS	22.746.609	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallersita del ser
5	IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO	22.738.359	$ 3.500.000	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de emprendimiento
6	SANDRA MILENA PARRA	55.225.706	$ 3.500.000	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de emprendimiento
7	LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO	72.005.850	$ 3.500.000	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de emprendimiento
8	SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO	1.128.194.400	$ 3.500.000	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de emprendimiento
9	JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ	1.045.170.036	$ 3.500.000	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de emprendimiento
10	LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO	1.140.857.255	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de cocina
11	WADNER DELGGHANS ACENCIO	1.143.115.511	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de cocina
12	MARTHA MURILLO HERNANDEZ	1.102.846.247	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de cocina
13	FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO	1.102.812.460	$ 3.862.500	del 17 abril al 17 de mayo de 2025	Tallerista de cocina

Fecha: 01 de mayo del 2025

CUENTA DE COBRO

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
PAOLA PATRICIA ELJAIEK LOPEZ
CC 22533206

POR VALOR DE
$ 1.750.000
Un millón setecientos cincuenta mil
pesos
POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como AUXILIAR ADMINISTRATIVO, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 talleres del ser

PERIODO

En el periodo comprendido entre 06 de Abril al 05 de mayo de 2025

Paola Eljaiek Lopez

Nombre: Paola Eljaiek lopez
Cedula: 22533206

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	´005	Periodo:	06 de abril al 05 de mayo de 2025
Nombre:	PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ	Identificación:	22533206
N° Contrato:	CPS-2025-GUA016	Cargo:	auxiliar administrativo

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

Actividades ejecutadas

acompañamiento en las capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: _____
PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ
CC 22533206

Aprobado: _____

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como apoyo adminsitrativo				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ			CC X CE NIT OTRO 22533206	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,	**NUMERO**	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	CPS-2025-GUA016	06 de abril al 05 de mayo de 2025	$1.750.000	005

FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	30 abril de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	06 de abril al 05 de mayo de 2025		

II. FUENTE DE RECURSOS			
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.

III. FORMA DE PAGO			
TRANSFERENCIA NACIONAL			
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA	
TIPO CUENTA			

OBSERVACIONES:
Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.

FIRMA
SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ identificado con cedula de ciudadanía N 22.533.206, autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Paola eljaiek lopez
PAOLA TRICIA ELJAIEK LOPEZ
CC N° 22.533.206

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22533206
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA PATRICIA ELJAIEK LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 1#2-3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603738371**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992631756

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 227.800	$ 600	$ 228.400
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 600**	**$ 228.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 178.000	$ 500	$ 0	$ 178.500
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 178.500**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

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	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 22533206	ELJAIEK LOPEZ PAOLA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO		30															230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	22533206	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 414.500

Planilla Pagada

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: FUNFINSOCIAL **Nombre del pago:** PAOLAELJAK **Fecha:** 09-05-2025 **Hora:** 11:44:37 **Fecha de envío del pago:** 09-05-2025

NIT: 901243975 **Secuencia:** aa **Fecha de Generación:** 09-05-2025 **Fecha para Procesar el pago:** 09-05-2025

Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES **Número de cuenta a debitar:** 48700012597

Impreso por: 901243975G

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 0	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 1
Valor Total del Pago: $1,750,000.00	**Valor Registros Procesados:** $0.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $1,750,000.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000003005616204	Ahorros	22533206	PAOLA ELJAIEK LOPE	1,750,000.00	NEQUI	POR APLICAR EN BANCOLOMBIA, ENVIADO POR CLIENTE	09-05-2025

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
BERENA GARCIA DURAN
CC
64554976

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Berena García Duran

Nombre: BERENA GARCIA DURAN
Cedula: 64554976

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	BERENA GARCIA DURAN	Identificación:	64554976
N° Contrato:	ODS-2025-GUA043	Cargo:	Tallerista del ser

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Berena García Duran

BERENA GARCIA DURAN
CC 64554976

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	64554976
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BERENA GARCIA DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	CRA 36 23B-47	TELÉFONO:	5555555
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:			**4603720391**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992630927

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.200	$ 0	$ 247.200
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 0**	**$ 247.200**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.100	$ 0	$ 0	$ 193.100
SUBTOTALES:													**$ 193.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.100**

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
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES										
																								PENSIÓN								SALUD					ARP															
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COTR	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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 64554976	GARCIA DURAN BERENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.544.800			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.544.800	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.544.800	$ 193.100	$ 0	$ 193.100	14-25-COLMENA	30	$ 1.544.800	64554976	$ 8.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 448.400

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS					
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista del ser					
I. INFORMACION GENERAL					
BENEFICIARIO BERENA GARCIA DURAN			CC X CE NIT OTRO 64554976		
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,		**NUMERO**	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x		ODS-2025-GUA043	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025		
II. FUENTE DE RECURSOS					
	NOMBRE		**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira		CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO					
TRANSFERENCIA NACIONAL					
ENTIDAD BANCARIA			N° CUENTA		
TIPO CUENTA					
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.					

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo BERENA GARCIA DURAN, identificado con cedula de ciudadanía N64554976autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Berena García Duran

BERENA GARCIA DURAN
CC N64554976

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	00000003107340952	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	NEQUI	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	BERENA GARCIA DURA	Documento:	000000064554976
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA
CC
1103117863

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Lilibeth P.

Nombre: LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA

Cedula: 1103117863

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA	Identificación:	1103117863
N° Contrato:	ODS-2025-GUA044	Cargo:	Tallerista del ser

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Lilibeth P.

LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA
CC 1103117863

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1103117863
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCION:	CRA1#2-3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4603733221**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9992631112

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	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.200	$ 0	$ 247.200
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 0**	**$ 247.200**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 193.200
SUBTOTALES:													**$ 193.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.200**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		ARP						PARAFISCALES											
																									PENSIÓN									SALUD																															
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	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 1103117863	MORENO VERGARA LILIBETH PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.545.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.545.000	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.545.000	$ 193.200	$ 0	$ 193.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.545.000	1103117863	$ 8.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 448.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista del ser				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA			CC X CE NIT OTRO 1103117863	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA044	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA , identificado con cedula de ciudadanía N1103117863 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Lilibeth P.

LILIBETH PAOLA MORENO VERGARA
CC 1103117863

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	550-000009-09	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	LILIBETH MORENO VE	Documento:	000001103117863
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ
CC
1005585065

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

maria zamora gonzalez

Nombre: MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ

Cedula: 1005585065

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ	Identificación:	1005585065
N° Contrato:	ODS-2025-GUA045	Cargo:	Tallerista del ser

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: maria zamora gonzalez
MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ
CC 1005585065

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1005585065
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 1#2-3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603732681**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631072

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	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.200	$ 0	$ 247.200
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 0**	**$ 247.200**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 193.200
SUBTOTALES:													**$ 193.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.200**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

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	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COTR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	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 1005585065	ZAMORA GONZALEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.545.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.545.000	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.545.000	$ 193.200	$ 0	$ 193.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.545.000	100558506	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 448.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista del ser				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ			CC X CE NIT OTRO 1005585065	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA045	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ, identificado con cedula de ciudadanía N1005585065 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la seguridad Social.

Atentamente

maria zamora gonzalez

MARIA CAMILA ZAMORA GONZALEZ
CC N1005585065

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	00000003054466522	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	NEQUI	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	MARIA ZAMORA GONZA	Documento:	000001005585065
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS
CC
22746609

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

loly escorcia

Nombre: LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS

Cedula: 22746609

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS	Identificación:	22746609
N° Contrato:	ODS-2025-GUA046	Cargo:	Tallerista del ser

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: loly escorcia

LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS
CC 22746609

Aprobado: _____

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22746609
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LOLY ESCORCIA CASTELLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCION:	CRA 1#2-3	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603723399**	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):		2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631053

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 247.200	$ 500	$ 247.700
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 500**	**$ 247.700**

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.100	$ 0	$ 400	$ 0	$ 193.100	$ 400	$ 0	$ 193.500
SUBTOTALES:													**$ 193.100**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 193.500**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 100	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 8.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																									PENSIÓN								SALUD						ARP																	
N°	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	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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 22746609	ESCORCIA CASTELLANOS LOLY LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.544.800			NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.544.800	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	MIN001-ADRES	30	$ 1.544.800	$ 193.100	$ 0	$ 193.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.544.800	22746609	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 449.400

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista del ser				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS			CC X CE NIT OTRO 22746609	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA046	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS , identificado con cedula de ciudadanía No.22746609 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

loly escorcia

LOLY LUZ ESCORCIA CASTELLANOS

CC N22746609

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	00000003023753694	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	NEQUI	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	LOLY LUZ ESCORCIA	Documento:	000000022746609
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO
CC
22738359

POR VALOR DE
$ (3.500.000)
(Tres millones quinientos mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Irina S Pacheco

Nombre: IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO
Cedula: 22738359

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO	Identificación:	22738359
N° Contrato:	ODS-2025-GUA047	Cargo:	Tallerista de emprendimiento

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Irina S Pacheco
IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO
CC 22738359

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22738358
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	TRANSV 44 # 99C-70	TELÉFONO:	3008883
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de asociaciones profesionales
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603736415**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631183

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	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 249.600
SUBTOTALES:										**$ 249.600**	**$ 0**	**$ 249.600**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 195.000
SUBTOTALES:													**$ 195.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 195.000**

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	$ 8.200	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									**$ 8.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.200**

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	COTR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	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 22738358	PACHECO BERMEJO IRINA SOFIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000			NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.560.000	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.560.000	$ 195.000	$ 0	$ 195.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.560.000	22738358	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 452.800

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de emprendimiento				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO			CC X CE NIT OTRO 22738359	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA047	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3500000	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo IRINA SOFÍA PACHECO BERMEJO , identificado con cedula de ciudadanía No.22738359 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Irina S Pacheco

IRINA SOFIA PACHECO BERMEJO
VERGARA
CC N22738359

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	477-148218-88	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	IRINA PACHECO BERM	Documento:	000000022738358
Valor:	3.500.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
SANDRA MILENA PARRA
CC
55225706

POR VALOR DE
$ (3.500.000)
(Tres millones quinientos mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

sandra milena p.

Nombre: SANDRA MILENA PARRA
Cedula: 55225706

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	SANDRA MILENA PARRA	Identificación:	55225706
N° Contrato:	ODS-2025-GUA048	Cargo:	Tallerista de emprendimiento

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: sandra milena p.
SANDRA MILENA PARRA
CC 55225706

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55225706
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			SANDRA MILENA PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 54C NO 5A-18	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - 002
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7967375580**	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1434467174

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	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 249.600
SUBTOTALES:										**$ 249.600**	**$ 0**	**$ 249.600**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 195.000
SUBTOTALES:													**$ 195.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 195.000**

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	$ 8.200	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									**$ 8.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF05	CCF05-CAJACOPI ATLANTICO	1	$ 9.400	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:			**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COD	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																										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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 55225706	PARRA SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.560.000	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.560.000	$ 195.000	$ 0	$ 195.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.560.000	$ 55225706	$ 8.200	30	$ 1.560.000	CCF05-CAJACOPI ATLANTICO	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 462.200

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de emprendimiento				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO SANDRA MILENA PARRA			CC X CE NIT OTRO 55225706	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,	**NUMERO**	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA048	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3500000	002

FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025		

II. FUENTE DE RECURSOS			
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.

III. FORMA DE PAGO			
TRANSFERENCIA NACIONAL			
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA	
TIPO CUENTA			

OBSERVACIONES:
Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo SANDRA MILENA PARRA, identificado con cedula de ciudadanía N55225706 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

sandra milena p.

SANDRA MILENA PARRA

CC N55225706

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	00000024043652699	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCO CAJA SOCIAL	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	SANDRA MILENA PARR	Documento:	000000055225706
Valor:	3.500.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO
CC
72005850

POR VALOR DE
$ (3.500.000)
(Tres millones quinientos mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Luis fernando A.

Nombre: LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO

Cedula: 72005850

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO	Identificación:	72005850
N° Contrato:	ODS-2025-GUA049	Cargo:	Tallerista de emprendimiento

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Luis fernando A.
LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO
CC 72005850

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72005850
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO ANTEQUERA CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 36 29 116 BARRIO MONTES	TELÉFONO:	3798262
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:		**4603736725**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631206	

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 279.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 279.700	$ 0	$ 279.700
SUBTOTALES:										**$ 279.700**	**$ 0**	**$ 279.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.500	$ 0	$ 0	$ 218.500
SUBTOTALES:													**$ 218.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.500**

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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES										
																									PENSIÓN								SALUD					ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
N°	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	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 72005850	ANTEQUERA CARRILLO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.748.000			NO	01																231001-COLFONDOS	30	$ 1.748.000	$ 279.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 279.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.748.000	$ 218.500	$ 0	$ 218.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.748.000	72005850	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 507.400

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de emprendimiento				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO			CC X CE NIT OTRO 72005850	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA049	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3500000	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo LUIS FERNANDO ANTEQUERA CARRILLO, identificado con cedula de ciudadanía N72005850autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Luis fernando A.

LUIS FERNANDO ANTEQUERA
CARRILLO
CC N72005850

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	00000027700045381	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCO DAVIVIENDA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	LUIS ANTEQUERA CAR	Documento:	000000072005850
Valor:	3.500.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO
CC
1128194400

POR VALOR DE
$ (3.500.000)
(Tres millones quinientos mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Sandra milena pertuz

Nombre: SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO
Cedula: 1128194400

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO	Identificación:	1128194400
N° Contrato:	ODS-2025-GUA050	Cargo:	Tallerista de emprendimiento

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Sandra milena pertuz
SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO
CC 1128194400

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1128194400
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCION:	CRA 53#80-198	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4603733841**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9992631159

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	$ 600	$ 0	$ 227.800	$ 600	$ 228.400
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 600**	**$ 228.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 178.000	$ 500	$ 0	$ 178.500
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 178.500**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

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	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	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 CAL	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1128194400	PERTUZ CASTRO SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	1128194400	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 414.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de emprendimiento				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO			CC X CE NIT OTRO 1128194400	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA050	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3500000	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO , identificado con cedula de ciudadanía N1128194400autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

SANDRA MILENA PERTUZ CASTRO

CC N1128194400

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	487-198934-09	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	SANDRA PERTUZ CAST	Documento:	000001128194400
Valor:	3.500.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ
CC
1045170036

POR VALOR DE
$ (3.500.000)
(Tres millones quinientos mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Jaiver Fidel F

Nombre: JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ
Cedula: 1045170036

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ	Identificación:	1045170036
N° Contrato:	ODS-2025-GUA051	Cargo:	Tallerista de emprendimiento

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Jaiver Fidel F

JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ
CC 1045170036

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1045170036
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	CRA 53#80- 198	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4603733521**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631140

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																ARP					PARAFISCALES									
																									PENSIÓN									SALUD																									
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	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 1045170036	FONSECA PEREZ JAIVER FIDEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	104517003	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.300

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de emprendimiento				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ			CC X CE NIT OTRO 1045170036	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA051	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3500000	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo JAVIER FIDEL FONSECA PEREZ , identificado con cedula de ciudadanía N1045170036 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Jaiver Fidel F

JAIVER FIDEL FONSECA PEREZ
CC N1045170036

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	777-363068-35	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	JAIVER FONSECA PER	Documento:	000001045170036
Valor:	3.500.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO
CC
1140857255

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Leonardo A. Campo

Nombre: LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO

Cedula: 1140857255

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO	Identificación:	1140857255
N° Contrato:	ODS-2025-GUA052	Cargo:	Tallerista de Cocina

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Leonardo A. Campo
LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO
CC 1140857255

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140857255
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 53#80- 198	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603737179**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631225

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.200	$ 0	$ 247.200
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 0**	**$ 247.200**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 193.200
SUBTOTALES:													**$ 193.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.200**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																		ARP						PARAFISCALES											
																											PENSIÓN								SALUD																															
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	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 1140857255	CAMPO SOLANO LEONARDO ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.545.000			NO	01																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.545.000	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.545.000	$ 193.200	$ 0	$ 193.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.545.000	$114085725	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 448.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de Cocina				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO			CC X CE NIT OTRO 1140857255	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA052	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO, identificado con cedula de ciudadanía N1140857255 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Leonardo A. Campo

LEONARDO ALFONSO CAMPO SOLANO

CC N1140857255

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	442-479097-34	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	LEONARDO CAMPO SOL	Documento:	000001140857255
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
WADNER DELGGHANS ACENCIO
CC
1143115511

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Wadner Deelgghans

Nombre: WADNER DELGGHANS ACENCIO

Cedula: 1143115511

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	WADNER DELGGHANS ACENCIO	Identificación:	1143115511
N° Contrato:	ODS-2025-GUA053	Cargo:	Tallerista de Cocina

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Wadner Deelgghans

WADNER DELGGHANS ACENCIO
CC 1143115511

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1143115511
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			WADNER KEITH DELGHANS ACENCIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 53#80-198	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4603737357**		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):	2025/05/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992631242	

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 247.200	$ 500	$ 247.700
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 500**	**$ 247.700**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 400	$ 0	$ 193.200	$ 400	$ 0	$ 193.600
SUBTOTALES:													**$ 193.200**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 193.600**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 100	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 8.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				ARP						PARAFISCALES											
																								PENSIÓN									SALUD																																			
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	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 1143115511	DELGHANS ACENCIO WADNER KEITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.545.000			NO	01																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.545.000	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.545.000	$ 193.200	$ 0	$ 193.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.545.000	$114311551	$ 8.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 449.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de Cocina				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO WADNER DELGGHANS ACENCIO			CC X CE NIT OTRO 1143115511	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA053	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo WADNER DELGGHANS A , identificado con cedula de ciudadanía N114311511 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Wadner Deelgghans

WADNER DELGGHANS ACENCIO
CC N1143115511

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	692-329669-04	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	WADNER DELGGHANS A	Documento:	000001143115511
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
MARTHA MURILLO HERNANDEZ
CC
1102846247

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Martha murillo

Nombre: MARTHA MURILLO HERNANDEZ
Cedula: 1102846247

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	MARTHA MURILLO HERNANDEZ	Identificación:	1102846247
N° Contrato:	ODS-2025-GUA054	Cargo:	Tallerista de Cocina

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Martha murillo
MARTHA MURILLO HERNANDEZ
CC 1102846247

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1102846247
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARTHA MURILLO HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 53#80-198	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4603737691**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992632109

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	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.200	$ 0	$ 247.200
SUBTOTALES:										**$ 247.200**	**$ 0**	**$ 247.200**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.200	$ 0	$ 0	$ 193.200
SUBTOTALES:													**$ 193.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.200**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

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	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	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 1102846247	MURILLO HERNANDEZ MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.545.000			NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.545.000	$ 247.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.545.000	$ 193.200	$ 0	$ 193.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.545.000	110284624	$ 8.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 448.500

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de Cocina				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO MARTHA MURILLO HERNANDEZ			CC X CE NIT OTRO 1102846247	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,				
	NUMERO	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA054	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002
FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	
II. FUENTE DE RECURSOS				
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**	
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.	
III. FORMA DE PAGO				
TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA		
TIPO CUENTA				
OBSERVACIONES: Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.				

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo MARTHA MURILLO HERNANDEZ, identificado con cedula de ciudadanía N1102846247 autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Martha murillo

MARTHA MURILLO HERNANDEZ
CC N1102846247

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	506-697136-62	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	MARTA MURILLO HERN	Documento:	000001102846247
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		

Fecha: 19 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO

N002

LA FUNDACION CON UN FIN SOCIAL
NIT 901243975-7

DEBE A
FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO
ROMERO
CC
1102812460

POR VALOR DE
$ (3.862.500)
(Tres millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos pesos)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio como capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios, Que en el marco del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. CO1.PCCNTR.7095703, cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA RUTA DE EMPRENDIMIENTO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE FAMILIAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE MAICAO Y RIOHACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

En cumplimiento del objetivo: OE1. Capacitar a 200 emprendedores en gestión empresarial y protocolos de no violencia y las actividades de Ac: 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y técnicas a través de la formación en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto.

PERIODO

En el periodo comprendido entre (17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025

Felipe Perez R

Nombre: FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO

Cedula: 1102812460

INFORME DE ACTIVIDADES

N° Informe:	002	Periodo:	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025
Nombre:	FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO	Identificación:	1102812460
N° Contrato:	ODS-2025-GUA055	Cargo:	Tallerista de Cocina

Actividades Contratadas

Actividad 1.4 Fortalecer las capacidades organizativas y tecnicas a traves de la formacion en el ser, emprendimiento y el hacer entre los beneficiarios del proyecto- Act 3-1 Participacion en los festivales gastronomicos.

Actividades ejecutadas

capacitaciones del fortalecimiento del ser, familia y emprendimieto- encuentro grupal con los benefiarios

Porcentaje de Cumplimiento del periodo

100%

Firma: Felipe Perez R

FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO
CC 1102812460

Aprobado: Tobby Yepez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1102812460
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCION:	TRANVS 32 N 33-21 BARRIO BOSTON	TELÉFONO:	2763408
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:		**4603737896**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA:	MES	abril	AÑO 2025 0	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992631275	

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	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 0	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 288.000**	**$ 0**	**$ 288.000**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 225.000
SUBTOTALES:													**$ 225.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.000**

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	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

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	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 1102812460	PEREZ ROMERO ROMERO FELIPE ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.800.000	$110281246	$ 9.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 522.400

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS				
CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO: Prestación de servicios como Tallerista de Cocina				
I. INFORMACION GENERAL				
BENEFICIARIO FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO ROMERO			CC X CE NIT OTRO 1102812460	
DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS,	**NUMERO**	**FECHA**	**VALOR**	**CUOTA**
x	ODS-2025-GUA055	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025	3862500	002

FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	19 MAYO de 2025	**PERIODO DE EJECUCION:**	(17) diesisiete de abril al (17) de mayo de 2025		

II. FUENTE DE RECURSOS			
	NOMBRE	**CÓDIGO O REFERENCIA**	**CUENTA RECAUDADORA**
OTRA: Especifique	Implementación de una ruta de emprendimiento en Maicao y Riohacha - Departamento de la Guajira	CO1.PCCNTR.7095703 -.	487-000125-97 12.

III. FORMA DE PAGO			
TRANSFERENCIA NACIONAL			
ENTIDAD BANCARIA		N° CUENTA	
TIPO CUENTA			

OBSERVACIONES:
Se recibe a satisfacción los documentos y evidencias que soportan el cumplimiento del desarrollo de las actividades según lo estipulado en el contrato CPS-2024-GUA001 , por tanto se autoriza para pago.

FIRMA SUPERVISOR_____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por medio del presente documento, Yo FELIPE ANDRÉS PEREZ ROMERO , identificado con cedula de ciudadanía N1102812460autorizo a la Empresa, para que descuente de mis honorarios el valor que corresponda legalmente para el pago de la Seguridad Social.

Atentamente

Felipe Perez R

FELIPE ANDRES PEREZ ROMERO
CC N1102812460

Nota: *La EMPRESA, en calidad de CONTRATANTE, se compromete a realizar directamente los pagos correspondientes a los aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) del CONTRATISTA, conforme a lo estipulado en la legislación vigente. Dichos aportes se calcularán sobre la base de los honorarios pactados en el presente contrato, y serán realizados en los tiempos y proporciones exigidos por la normativa colombiana.*

El CONTRATISTA deberá suministrar a la EMPRESA la información necesaria para la liquidación y el pago de sus aportes a la seguridad social. La EMPRESA procederá con los pagos antes de la fecha de vencimiento, asegurando el cumplimiento oportuno de dicha obligación.

El incumplimiento en la entrega de la información requerida por parte del CONTRATISTA, o la entrega de información incorrecta o incompleta, eximirá a la EMPRESA de responsabilidad alguna en relación con los aportes que no se hubieran podido realizar. El CONTRATISTA será el único responsable de las consecuencias que deriven de esta situación.

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual Empresas

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Compañía: FUNFINSOCIAL
NIT Compañía: 0901243975
Fecha Actual: Viernes, 23 de mayo de 2025 - 03:45 PM

Número de cuenta:	082-816301-49	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCOLOMBIA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	FELIPE PEREZ ROMER	Documento:	000001102812460
Valor:	3.862.500,00	Cheque:	0
Concepto:	PAGO FUNS	Referencia:	OCIAL
Estado:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE		
Fecha de aplicación:	23 de Mayo de 2025		