MINISTERIO DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES
DIRECCIÓN DE ARTES
CONVENIO MC 3969-2024
MINISTERIO DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES Y FUNDACIÓN ARTERIA
FORMATO SOLICITUD DE CONTRATACIÓN

ID	**115**
Fecha de Solicitud (dd/mm/aaaa)	10/10/2024
Área Solicitante	Grupo de Artes Plásticas y Visuales
Delegado del Área para el Proyecto	Alejandra Sarria Molano
Proyecto	1. Apoyo para el desarrollo de la Escuela Itinerante de Artes Visuales en los Municipios priorizados, relativo a las acciones técnicas y logísticas para la preproducción, desarrollo de la convocatoria, producción, acompañamiento, registro y relatorías, y postproducción en cuanto a la socialización y muestras de resultados inherentes a los procesos de formación, circulación y apropiación.
Subproyecto (si aplica)	Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales
RUBRO (Honorarios, gastos de desplazamiento, insumos, registro audiovisual , entre otros, según lo previsto en el desglose de presupuesto y en plan de contratación)	Talento Humano
Actividad a desarrollar	Prestar servicios de apoyo a la producción para la realización de las actividades inherentes a la implementación del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales en el Trapecio Amazónico en el marco del convenio de asociación 3969 de 2024 suscito entre el Ministerio de las culturas, las Artes y los Sabre y la Fundación Arteria.
Nombre de la persona, entidad o empresa a contratar	Cristina María Ramírez
Teléfono	3184615552
Correo electrónico	cristinalaislaenvela@gmail.com
Objeto del Contrato	Prestar servicios de apoyo a la producción para la realización de las actividades inherentes a la implementación del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales en el Trapecio Amazónico en el marco del convenio de asociación 3969 de 2024 suscito entre el Ministerio de las culturas, las Artes y los Sabre y la Fundación Arteria.
Obligaciones	1. Desempeñar el rol de productor territorial lo cual comprender acompañar, guiar, supervisar y ejecutar presupuesto de producción y logística de las acciones planteadas en la metodología de Escuela Itinerante del Trapecio Amazónico, para el caso de Leticia y los puntos territoriales asociados desde la metodología. 2. Apoyar logística, técnica y operativamente en la planeación y ejecución de las actividades propias del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico de manera oportuna y de acuerdo con el programa estipulado por el Grupo de Artes Plásticas y Visuales. 3. Apoyar logística, técnica y operativamente la planeación, ejecución y desarrollo de las actividades de carácter programático que se realicen en el marco del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico. 4. Garantizar la participación de los agentes, colectivos, formadores, sabedores, artistas y expertos invitados que harán parte de las actividades a desarrollar en el marco de la Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico. 5. Garantizar un acompañamiento a los formadores/as, sabedores/as, artistas, profesores/as y demás roles necesarios para el diseño, planeación y ejecución de los contenidos correspondientes a la Escuela Itinerante de Trapecio Amazónico de acuerdo con el programa estipulado por el Grupo de Artes Plásticas y Visuales. 6. Apoyar al Grupo de Artes Plásticas y Visuales y a la Fundación Arteria en la definición de los sitios donde se realizarán las actividades correspondientes a la Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico, y atender la programación y ejecución de estos, acorde con el cronograma aprobado por la coordinación del programa. 7. Mantener una comunicación constante y oportuna con el equipo de trabajo de coordinación general de la Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico y demás personas del Grupo de Artes Plásticas y Visuales y de la Fundación Arteria. 8. Apoyar la ejecución, divulgación y difusión de las piezas comunicativas y de promoción de las actividades que se desarrollarán en el marco de la Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico. 9. Diseñar estrategias para la vinculación, participación y permanencia de público y participantes en las acciones correspondientes a la Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales del Trapecio Amazónico. 10. Hacer presencia constante en las acciones de la Escuela en Trapecio Amazónico, y realizar registro fotográfico y audiovisual de todas las actividades que se desarrollen en el marco del objeto contractual. 11. Garantizar a la entidad la realización del contrato por su cuenta y riesgo, mediante la utilización de herramientas tecnológicas e informáticas a efectos de realizar la entrega de productos en los términos que se requieren según las asignaciones de tareas. 12. Entregar los informes y productos para pago acorde con los lineamientos otorgados por el Grupo de Artes Plásticas y Visuales y la Fundación Arteria. 13. Reportar por medio idóneo a la coordinación del programa las circunstancias de fuerza mayor por las cuales no pueda atender las obligaciones contractuales, máximo dentro de los tres (3) días siguientes a su causación.
Valor	$ 9.000.000
Forma de Pago	- Un primer pago del 20% conforme la entrega del primer informe narrativo. - Un segundo pago del 60% conforme la entrega del segundo informe narrativo - Un tercer pago del 20% conforme la entrega del tercer informe narrativo.
Fecha de Inicio	12 de octubre de 2024
Fecha de Finalización	13 de diciembre de 2024
Acta y Fecha de Comité Operativo del Convenio en el que se acordó con la ESAL	Acta de Comité No. 10 09 de octubre de 2024
Productos	1. Un primer entregable a la firma del contrato de un plan de trabajo, con cronograma que contenga las acciones de carácter metodológico y programáticas, conforme a las actividades de la Escuela Itinerante. 2. Entregar tres informes narrativos de las actividades que desarrolló el cual también debe anexar registros del desarrollo de su trabajo, en las siguientes fechas: primer informe hacia el 10-11-2024; segundo informe hacia el 30-11-2024; tercer y último informe 10-12-2024

Asesora del Grupo de Artes Plásticas y Visuales
ALEJANDRA SARRIA MOLANO

VºBº Supervisora del Convenio
SILVIA JULIA CASAS

Elaboró: Angie Fajardo
Revisó: Viviana Alfonso

MINISTERIO DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES
DIRECCIÓN DE ARTES
CONVENIO 3969-2024
MINISTERIO DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES Y FUNDACIÓN ARTERIA
FORMATO SOLICITUD DE APROBACIÓN DE PAGO

ID	**115**				
Fecha de Solicitud (dd/mm/aaaa)	19/12/2024				
Área Solicitante	Grupo de Artes Plásticas y Visuales				
Delegado del Área para el Proyecto	Alejandra Sarria Molano				
Proyecto	1. Apoyo para el desarrollo de la Escuela Itinerante de Artes Visuales en los Municipios priorizados, relativo a las acciones técnicas y logísticas para la preproducción, desarrollo de la convocatoria, producción, acompañamiento, registro y relatorías, y postproducción en cuanto a la socialización y muestras de resultados inherentes a los procesos de formación, circulación y apropiación.				
Subproyecto o actividad (si aplica)	Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales				
Nombre del contratista o empresa	Cristina María Ramírez				
Objeto del Contrato	Prestar servicios de apoyo a la producción para la realización de las actividades inherentes a la implementación del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales en el Trapecio Amazónico en el marco del convenio de asociación 3969 de 2024 suscito entre el Ministerio de las culturas, las Artes y los Sabre y la Fundación Arteria.				
Periodo del informe o presentación de productos	30/11/2024 al 12/12/2024				
Informe No.	3	Pago No.	3	Valor a pagar	$ 1.800.000,00
Productos entregados	Informe narrativo en el formato suministrado por Fundación Arteria.				
Anexos	Los anexos reposan en la siguiente carpeta: https://mcultura-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/lotero_mincultura_gov_co/EhTd-avw4FRNlJrK3pzI3-EBkv6767uEaEE81wGlPH6pWw				

Asesora del Grupo de Artes
Plásticas y Visuales
ALEJANDRA SARRIA MOLANO

VºBº Supervisora del Convenio
ÁNGELA BELTRÁN

Elaboró: Angie Fajardo
Revisó: Viviana Alfonso

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14723036321

(415)7707212489984(8020) 000001472303632 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 4 0 6 8 4 1 7	4	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 4 4 0 6 8 4 1 7	2 0 1 2 0 2 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	MENDOZA	CRISTINA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: AV 8 NORTE 25 105 BRR SANTA MONICA RESIDENCIAL

42. Correo electrónico: cristina.ramen@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 2 1 7 6 4 4	3 1 8 4 6 1 5 5 5 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 7 1 1	2 0 1 5 0 6 1 5	8 2 9 9	2 0 1 5 0 6 1 5		5 9 1 1	9 0 0 5

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 11 - 30 / 11 : 02: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ MENDOZA CRISTINA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

Proceso: Gestión administrativa y financiera	
Versión: 6/VIII-12-24	Código: GAFT-01

Fundación arteria
Entidad sin ánimo de lucro
NIT 900.086.964-9

Documento soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

(En seguimiento al parágrafo 3, artículo 437 del Estatuto Tributario, para NO responsables de IVA)

FUNDACIÓN ARTERIA
NIT. 900.086.964-9

Fecha		
Día	Mes	Año
20	12	2024

Consecutivo	
Espacio a diligenciar por la Fundación Arteria	
DSF	

Información del Beneficiario del pago			
Nombre completo:			RUT/CC
Cristina Maria Ramirez Mendoza			1,144,068,417
Dirección	Calle 2a #24a -183		
Ciudad y país	Cali - Colombia	Teléfono	3184615552
Correo electrónico	cristinalaislaenvela@gmail.com		

Concepto (detalle el servicio prestado)				Valor
TERCER PAGO Prestación de servicios de apoyo a la producción para la realización de las actividades inherentes a la implementación del programa Escuela Itinerante de Artes Plásticas y Visuales en el Trapecio Amazónico				$ 1,800,000
Menos anticipos realizados				
		Subtotal		$ 1,800,000
Manifiesto que las actividades realizadas a mi nombre estan dentro de la categoria rentas de trabajo y no las tomaré como costo o deduccción en mi renta, solicito sea aplicada la Tabla de Retencion en fuente del Art 383 ET	X	Retención en la fuente ART. 383	3.22%	$ 57,960
Manifiesto que de acuerdo con decreto 2231 utilizaré como costos y deducciones en mi renta y se apliacará retención en la fuente del Art 392 ET		Retención en la fuente ART.392	0.00%	$ -
		Retención ICA	0.00%	$ -
UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUARENTA PESOS		**Total a pagar:**		**$ 1,742,040**

Si no conoce el porcentaje de retención en la fuente y/o del impuesto de retención del ICA, por favor no usar y dejar blanco.
Estos campos serán diligenciados por la Fundación.

CMR

Cristina Maria Ramirez Mendoza

Número de identificación y lugar de expedición	1,144,068,417				
Banco	*Scotianbank Colpatria*	**Tipo**	Ahorros	**No.**	*1582020941*

De acuerdo con la Resolución 000167 de 2021, Artículo 3 y Parágrafo, la Fundación Arteria NO se encuentra obligada a la generar Resolución de Numeración de Documento Soporte en Adquisiciones con no obligados a facturar ante la ausencia de la obligatoriedad de soportar costos y gastos deducibles en el Impuesto de Renta ante la DIAN al pertenecer al Régimen Tributario Especial, RTE.

Nota aclaratoria: Solo se podrá dar trámite a esta solicitud si los datos aquí proporcionados son idénticos a los que figuran en su Registro Único Tributario, RUT. De lo contrario carece de validez.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA	AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	04/12/2024	81175227	$426.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	180.000	0		0		0	27	3.500	0	183.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	230.400	0	0	0	0	27	4.400	0	234.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.600				7.600	27	200	7.800			76	7.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	180.000	183.500
Pensión	1	230.400	234.800
Riesgos Laborales	1	7.600	7.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	418.000	426.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA		AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	04/12/2024	81175227	$426.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1144068417	RAMIREZ MENDOZA CRISTINA MARIA	59	0			N	X																230301	1.440.000	230.400	0	0	0	0	EPS012	1.440.000	180.000	14-23	1.440.000	1	7.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA	AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	18/12/2024	82739551	$632.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	270.000	0		0		0	13	2.400	0	272.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	345.600	0	0	0	0	13	3.000	0	348.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.300		0	0	11.300	13	100	11.400		0	113	11.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	270.000	272.400
Pensión	1	345.600	348.600
Riesgos Laborales	1	11.300	11.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	626.900	632.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA		AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	18/12/2024	82739551	$632.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1144068417	RAMIREZ MENDOZA CRISTINA MARIA	59	0			N																	230301	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS012	2.160.000	270.000	14-23	2.160.000	1	11.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA	AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82745886	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144068417	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA		AV 8 NORTE 25 105	3184615552	cristina.ramen@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82745886	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1144068417	RAMIREZ MENDOZA CRISTINA MARIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS012	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Comprobante de Transacción
Fecha: 30/12/2024 12:44:24

Descripción de la Transacción:
Transacción: Transferencias
Tipo: Transferencias Cuenta No Inscrita

Origen de los fondos:
Tipo de producto: CUENTA CORRIENTE
Número de producto: **********0727

Destino de los fondos:
Tipo de producto: CUENTAS OTROS BANCOS
Número de producto: ******0941
Banco Destino: SCOTIABANK COLP
Tipo documento titular: Cédula de Ciudadanía
Número de documento titular: 1144068417
Nombre titular: CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA
Email titular:

Detalle de transacción:
Monto: $ 1.742.040,00
Descripción: MC3969
Referencia: CMRam1rezM
Fecha de Pago: 30/12/2024
Hora de Pago: 12:40:49
Programación: Solo una vez
Documento: 59694516

Fundación Argenia
Entidad sin ánimo de lucro
NIT 900.086.964-9

Proceso: Gestión Administrativa y Financiera	
Versión: 4/ II-10-20	Código: GAFT-09

COMPROBANTE DE EGRESO	
No.	CE- APV 24 196

Ciudad y Fecha:	Bogotá, 30 de diciembre 2024	Valor Pagado:	$ 1.742.040
Pagado a:	CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA	CC/NIT/CE:	1144068417
Por concepto de:	TERCER PAGO PRODUCCIÓN TERRITORIAL AMAZONAS		
SON:	UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUARENTA PESOS		

Concepto		Débito	Crédito	Forma de Pago
SERVICIOS PROFESIONALES		1.800.000,00		DAVIVIENDA CTE **0727
IVA COMPRAS/SERVICIOS	0%	0,00		CRISTINA MARIA RAMIREZ MENDOZA
RETENCIÓN EN LA FUENTE	0,0%		57.960,00	
RETENCIÓN ICA				
BANCO			1.742.040,00	VER COMPROBANTE GENERADO POR EL BANCO
SUMAS IGUALES		**$ 1.800.000**	**$ 1.800.000**	
CENTRO DE COSTO		MC3969-24		1144068417

Aprobado:	FA	Elaborado por: FA	Contabilizado:	

Original