

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	1.118.557.325
NOMBRE	LAURA DANIELA JIMÉNEZ MORA
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-094-2026	VIGENCIA	DESDE	1	FEBRERO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.500.000,00		HASTA	30	JUNIO
					2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO		PRORROGA HASTA	DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO	DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE DÍA MES AÑO				
	HASTA DÍA MES AÑO				
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 22.500.000,00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	2126	NÚMERO DE RP	11926
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302003-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	TERCERO (3)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 4.500.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 4.500.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 13.500.000,00
SALDO POR PAGAR	\$ 9.000.000,00

BASE GRAVABLE	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 288.000,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 225.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 9.400,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BBVA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
Nº DE CUENTA	981260094

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
- *Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: LAURA DANIELA JIMÉNEZ MORA

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
JULIO ERNESTO ECHAVARRIA POVEDA	SUBDIRECTOR	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

FIRMA: JULIO ERNESTO ECHAVARRIA POVEDA

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Contratista
Revisó: Juan Luis López - Contratista
Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo
Revisó: Andrés Fernandez - Gerente de Proyectos

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



Fecha de expedición del documento: abril de 2026

Nombre: Laura Daniela Jiménez Mora

N° contrato: AND-094-2026

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2026

Fecha de terminación: 30 de junio de 2026

Período de pago: ABRIL

N° de pago y/o factura: PAGO 3

Objeto Contractual: Prestar, por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, los servicios profesionales de documentadora, con el fin de apoyar la gestión de la documentación operativa, funcional y técnica, así como el seguimiento de la ejecución del proyecto REDAM, en el marco del contrato interadministrativo No. 798-2026.

Supervisor: JULIO ERNESTO ECHAVARRIA POVEDA

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Brindar apoyo en la revisión de forma de los documentos técnicos, funcionales y operativos que sean solicitados o requeridos durante la ejecución del Contrato Interadministrativo No. 798-2026, garantizando la coherencia, claridad y cumplimiento de los lineamientos establecidos.	Cargue y gestión de aprobación de los informes para pago 2 con corte a 17-04-2026 del contrato 798-2026 REDAM: INFORMES PARA PAGO 2: 01. E3_Docs de seguimiento y control 02. E5_Informe de Operación y Administración de la Plataforma 03. E6_Informe de Interoperabilidades 04. E7_Informe de Evolutivos 05. E8 Informe de Pruebas de Carga y Estrés	Evidencia Obligación 1 - REPOSITORIO AND

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		06. E10_ Informe estadístico 07. E14_ Informe de cumplimiento estrategia gestión del cambio, U&A 08. E15_ Informe Jurídico	
02	Apoyar a la gerencia con las actas de las reuniones de seguimiento y las requeridas por el supervisor.	Realización, seguimiento y cargue de las siguientes Actas de Reunión: 01. Acta 27_OBLIGACIONES Nº5_10.04.2026 02. Acta 28_SEGUIMIENTO 9_14.04.2026 03. Acta 32_SEGUIMIENTO 10_21.04.2026 04. Acta 34_OBLIGACIONES Nº6_24.04.2026	Evidencia Obligación 2 - REPOSITORIO AND
03	Apoyar la administración del repositorio documental, manteniendo actualizado el inventario documental bajo su cargo y la publicación de la documentación generada en ejecución del proyecto REDAM.	Revisión y cargue de documentos correspondientes al proyecto REDAM. Creación de carpetas y estructura del repositorio asignado al proyecto REDAM.	Evidencia Obligación 3 - REPOSITORIO AND
04	Brindar apoyo administrativo al proyecto REDAM, de acuerdo con las necesidades requeridas para su ejecución y cumplimiento.	Actualización de matrices de Seguimiento Proyecto REDAM: 01. MTZ_Compromisos_Proj_REDAM 02. MTZ_Entregables para Pago_CTO_REDAM_798_2026 03. MTZ_Obligaciones_CTO_798-2026_REDAM	Evidencia Obligación 4 - REPOSITORIO AND
05	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga	Participación en las siguientes mesas de trabajo: 01. Reunión Presencial con la Dra Maricela. 02. Gestión documental - seguimiento actividades 03. Revisión Interna Obligaciones Contractuales	Evidencia Obligación 5 - REPOSITORIO AND

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
	relación directa con su objeto contractual.	04. Revisión Repositorio REDAM 2026 05. Revisión de Obligaciones Contractuales REDAM_CTO 798-2026 06. Revisión de la Presentación _ REDAM 798-2026 07. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026 08. ESTILO DE VIDA SALUDABLE 09. Gestión documental - seguimiento actividades 10. Revisión REDAM 11. Revisión de la Presentación _ REDAM 798-2026 12. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026 13. Radicación cuentas de cobro – Abril 14. Revisión Informe 15. Coordinación Interna Entregables REDAM 2026 16. Revisión de Obligaciones Contractuales REDAM_CTO 798-2026 17. Gestión documental - seguimiento actividades 18. PRIMEROS AUXILIOS BASICOS 19. Revisión de la Presentación _ REDAM 798-2026 20. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026 21. Gestión documental - seguimiento actividades	

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
06	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del proyecto.	Alineación de Gestión Documental con la Metodología establecida para el manejo del repositorio.	Evidencia Obligación 6 - REPOSITORIO AND

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
MARZO	6009716408
ABRIL	6013020418

Presentó:

Firma Contratista
LAURA DANIELA JIMENEZ MORA

Aprobó

Firma Supervisor
JULIO ERNESTO ECHAVARRIA POVEDA
SUBDIRECTOR DE DESARROLLO Y SCD

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Contratista
Revisó: Juan Luis López - Contratista
Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo
Revisó: Andrés Fernández - Gerente de Proyectos

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Bogotá D.C., 30 de abril de 2026

Señores

CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL

Ciudad

Yo LAURA DANIELA JIMÉNEZ MORA identificada con la cédula de ciudadanía 1.118.557.325, Empleado () Contratista (**X**), de la Subdirección (nombre de la Subdirección), con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente ⁽²⁾ - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

⁽²⁾ Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Número de anexos: 1

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.

Firma

C.C. 1.118.557.325



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59031165

NUIP

1222135791

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A E A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CASANARE - YOPAL - YOPAL-H LA YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

CALLEJAS

Segundo Apellido

JIMENEZ

Nombre(s)

MARIA PAULA

Fecha de nacimiento

Año

2

0

1

9

Mes

D

I

C

Día

0

5

F

E

M

N

O

S

E

N

E

M

E

N

O

S

E

N

E

M

N

O

S

E

N

O

S

E

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

A

NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15003251-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

JIMENEZ MORA LAURA DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118557325

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

CALLEJAS HERRERA MANUEL ELKYN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118537927

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALLEJAS HERRERA MANUEL ELKYN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118537927

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año

2

0

1

9

Mes

D

I

C

Día

1

3

Nombre y firma del funcionario que autoriza

WILMAN A. ALBARRACIN RAMIREZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

WILMAN A. ALBARRACIN RAMIREZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 1833; 13/12/2019



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1118557325
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA DANIELA JIMENEZ MORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 28 NO 19 10	TELÉFONO:	3000000
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:	6009716408	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	2026	
DÍAS DE MORA:	marzo AÑO		marzo AÑO		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026				
	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	167516007		
	2026/03/25				

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	\$ 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
EPS037	EPS037- NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000
SUBTOTALES:									\$ 225.000				\$ 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 COMPANIA 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																						
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	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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
1	CC 1118557325	JIMENEZ MORA LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.800.000				NO																		230201-PROTECCION	30		\$ 1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	EPS037-NUEVA EPS	30		\$ 1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	\$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30		\$ 1.800.000	\$ 11855732	\$ 9.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 522.400
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO PLANILLA:		TIPO DE PLANILLA:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		YOPAL	LAURA DANIELA JIMENEZ MORA	6013020418		I-INDEPENDIENTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	CASANARE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	3000000	DÍAS DE MORA:		MORA	
TIPO APORTANTE:		CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
TIPO EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230201	230201- PROTECCION	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	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	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																										
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	PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU										
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN			VALOR ADRES	TOTAL APORTE					ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					
																															SUSISTENCIA	SOLIDARIDAD																				EMPLEADOR	EMPLEADO			
																																																						ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1118557325	JIMENEZ MORA LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.800.000			NO																		230201-PROTECCIÓN	30		\$ 1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	EPS037-NUEVA EPS	30		\$ 1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	\$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30		\$ 1.800.000	\$ 111855732	\$ 9.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 522.400

