CUENTA DE COBRO # 02

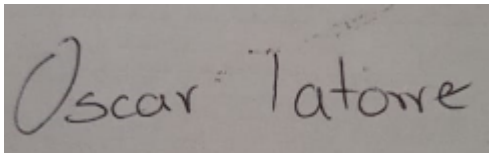
EL DISTRITO ESPECIAL INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA
NIT 890.102.018-1

DEBE A:

OSCAR FABIAN LATORRE TORRES
C.C. No. 14.326.788 de honda (Tolima)

La suma de **TRES MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/L ($3.120.000)** por concepto de un segundo pago al mes de febrero del 2021 según el Contrato No. CD-33-2021-0321 cuyo objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTORES DE CONVIVENCIA PARA REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A DIFERENTES PROCESOS Y ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA¨

Los dineros deberán ser consignados en la Cuenta de Ahorros **No. 0550459200025409** de **DAVIVIENDA** a mi nombre.



_____

OSCAR FABIAN LATORRE TORRES
C.C. No. 14.326.788 de honda (Tolima)
Cel 313-7971350
Contratista

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
1. NO. DE CONTRATO:	CD-33-2021-0321
2. NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OSCAR FABIAN LATORRE TORRES
3. OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTORES DE CONVIVENCIA PARA REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A DIFERENTES PROCESOS Y ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA''
4. FECHA QUE CUBRE EL INFORME:	Un segundo pago al mes de Febrero de 2021
5. FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:	02 de Marzo de 2021
6. NOMBRE DEL INTERVENTOR/ SUPERVISOR:	NELSON PATRON PEREZ
7. CARGO:	Jefe de Oficina para la Seguridad
8. NO. DE INFORME DE GESTIÓN:	**02**
9. FECHA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, ARL)	01/02/2021

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

10. OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1- Apoyar las actividades de acompañamiento que realiza la Oficina para la seguridad y convivencia ciudadana a las autoridades de Policía del Distrito de Barranquilla en las comunidades de promoción y sensibilización frente al cumplimiento de las normas, autorregulación, la corresponsabilidad y respeto de los derechos humanos.

2- Apoyar la articulación institucional para la planeación y ejecución de las de acciones de regulación que realizan los gestores de convivencia de la Oficina para la seguridad y convivencia ciudadana y los equipos de trabajo asignados para el control en la aplicación de las medidas de orden público de la Policía Metropolitana de Barranquilla en el ámbito de la pandemia del Covid 19.

3- Acompañar el desarrollo en las comunidades de la gestión de la convivencia que realiza la Oficina para la seguridad y convivencia ciudadana dirigida a la regulación de comportamientos ciudadanos en el marco de las disposiciones Distritales sobre el cumplimiento de restricciones, socialización de recomendaciones y

promoción su cumplimiento por la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Covid-19

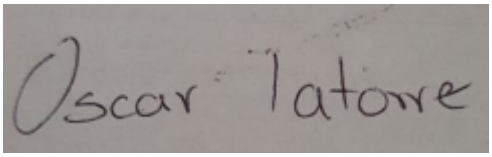
11. ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:

-Brindar acompañamiento en la seguridad y convivencia ciudadana en conjunto con la Policía Metropolitana del Distrito de Barranquilla, realizando operativos de pedagogía y concientización frente al cumplimiento de las normas, autorregulación, la corresponsabilidad y respeto de los derechos humanos.

-Brindar apoyo en conjunto con los Gestores y la Policía Metropolitana, realizando las acciones de regulación para la seguridad y convivencia ciudadana en operativos de pedagogía y concientización en las localidades del Distrito de Barranquilla.

-Realizar apoyo a la Oficina de seguridad y convivencia ciudadana encaminada a la regulación de los ciudadanos en el cumplimiento de restricciones, socialización y recomendaciones del cumplimiento por la emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19 en el Distrito de Barranquilla.

12. FUENTES DE VERIFICACIÓN (ANEXAR FOTOS, LISTAS DE ASISTENCIA, FOLLETOS ENTREGADOS, ETC. CUANDO APLIQUE). No Aplica.



_____
OSCAR FABIAN LATORRE TORRES
Contratista.

Señores
FIDUPREVISORA S.A
Ciudad

Ref. Certificación dependiente Art 378 E.T., para fines de retención en la fuente por pagos laborales

Yo, **OSCAR FABIAN LATORRE TORRES,** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **14.326.788 expedida** en Honda Tolima. Obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad de juramento;

1. Que dependen económicamente de mí, en los términos y para fines establecidos en el artículo 387 del Estatuto Tributario, las personas enunciadas a continuación en cada uno de los respectivos grupos:

a. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
DAMIAN LATORRE ROJAS	1.028.893.791	7 AÑOS	15/05/2013

b. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

c. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

d. El Cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

e. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

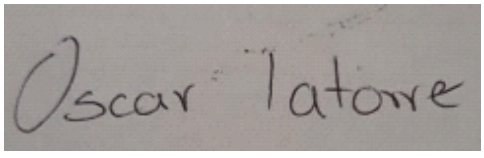
NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
MIRIAN TORRES	28.783.373	63	02/01/1957

2. Manifiesto tener los soportes que acreditan cada uno de las condiciones enunciadas en el punto anterior y me comprometo a conservarlos y tenerlos a disposición.

3. Manifiesto que el beneficio tributario solicitado por las personas enunciadas en primer punto de esta certificación queda en cabeza mía, y no está siendo solicitado por ninguna otra persona en relación con los mismos dependientes.

4. Declaro que Fiduprevisora S.A., recibe la información anteriormente relacionada, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación el 02 de marzo de 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.



_____

C.C. 14.326.788

Señores
FIDUPREVISORA S.A
Ciudad

Ref. Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo OSCAR FABIAN LATORRE TORRES, identificado(a) con la cedula de ciudadanía número 14.326.788, expedida en la ciudad de HONDA TOLIMA obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo loa gravedad del juramento los siguiente hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

- Que cumplo con las condiciones previstas en el estudio tributario para pertenecer a la categoría de "empleado" en los términos en que la define el artículo 329 de E.T., considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.

- Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoría (ll) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho articulo

- Que respecto del año gravable anterior (2020), tengo la condición de:

  Declarante ( ) no declarante (X)

- Que informare oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

- Que solicito se tenga en cuenta para la **DEPURACION DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCION,** prevista en el artículo 383 del estatuto tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

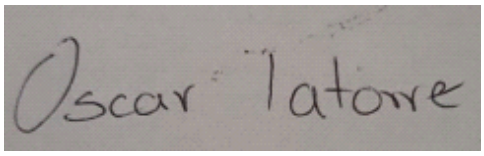
Concepto	**Aplica o no aplica**	**Adjunto soporte**
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. **(Adjuntar certificación año 2020, emitido por la respectiva entidad financiera)**	NO APLICA	
2. Aportes voluntarios a fondo de pensiones o cuentas AFC **(adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA)**	NO APLICA	
3. Pagos de medicina propagada o seguros de salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del estatuto tributario siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes. **(Adjuntar certificación año 2020 emitido por las respectivas empresas de medicina preparada o compañía de seguros.)**	NO APLICA	
4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales. **(Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombres, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita esta deducción conforme de las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes)**	NO APLICA	

Concepto	**Aplica o no**	**Adjunto**

	aplica	soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	SI APLICA	
2. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	NO APLICA	
3. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
4. El Cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	SI APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a la Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación el 02 de **marzo** de **2021** en dos ejemplares del mismo tenor.



_____

C.C. 14.326.788

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	14326788	OSCAR FABIAN LATORRE TORRES	CRA 27 NUMERO 47-47	7056000	OSFALA_7@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	01/02/2021	48283859	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA
48283859

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	14326788	OSCAR FABIAN LATORRE TORRES		CRA 27 NUMERO 47-47	7056000	OSFALA_7@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	01/02/2021	48283859	$281.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	14326788	LATORRE TORRES OSCAR FABIAN	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS002	908.526	113.600	14-4	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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