Bogotá, 07 de mayo de 2024

CUENTA DE COBRO # 2

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES SAE- SAS
NIT. 900.265.408-3

DEBE A:

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Angélica Bermúdez Murcia

CÉDULA: 52.853.973

LA SUMA DE:

VALOR EN LETRAS: Siete millones de pesos m/cte pesos

VALOR EN NÚMEROS: $7.000.000

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No: 022 de 2024

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales para apoyar a la Dirección de Proyectos en la identificación, gestión y seguimiento a proyectos que desarrollen organizaciones sociales priorizando aquellos con enfoque de género, en los activos que se encuentran bajo administración de la SAE.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 01/04/2024 y 30/04/2024

Por favor efectuar el pago en la cuenta de ahorros No. 61900014529 de Bancolombia

Firma: _____

Correo Electrónico: angbermudezm@gmail.com
Teléfono: 3118801589

Anexo:
Planilla de pago N° 76815278 parafiscales abril 2024
Informe de actividades No 2 periodo 01 al 30 de abril de 2024
Declaración juramentada

Marisol Aristizabal Franco

De: Angelica Bermudez Murcia
Enviado el: martes, 7 de mayo de 2024 12:03 p. m.
Para: Correspondencia Entrada
CC: Ana Maria Montoya Uribe; Minerva Moscoso Pinzon; Yesica Lorena Olarte Mayorga
Asunto: Cuenta de cobro abril
Datos adjuntos: Inf.Actividades 2_Angelica Bermudez abril 2024 (1).docx; Declaración Juramentada_mayo_AB.docx; Cuenta de cobro No. 2_AB 03.04.24.docx; Planilla ss abril.pdf

Buenos días,
Envío cuenta de cobro con soportes.
saludos.

SAE
Sociedad de Activos Especiales S.A.S.

No.: 20242011280742
Radicador: MARISTIZABAL **Fecha:** 09-05-2024 10:04
Remitente: Angelica Bermudez Murci
Destino: Gerencia de Proyectos Especiales
Asunto: CUENTA DE COBRO # 2 CONTRATO NO: 022 DE
Folios: 1 **Desc.Anexos:** 3 WORD 1 PDF

Angelica Bermudez Murcia
Dirección de Proyectos
abermudez@saesas.gov.co
Tel: 6017431444 Ext:
Carrera 7 # 32-16 Bogotá D.C.
www.saesas.gov.co

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES



Antes de imprimir piense en su compromiso con el Medio Ambiente

CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo del destinatario. Esta comunicación puede contener información protegida por derechos de autor. Si usted ha recibido este mensaje por error, equivocación u omisión queda estrictamente prohibida la utilización, copia, reimpresión y/o reenvío del mismo. En tal caso, por favor notificar, de forma inmediata al remitente y borrar el mensaje original y cualquier archivo anexo. Gracias.

CONFIDENTIALITY: This message and any of its attachments are confidential and for the exclusive use of their addressee. This communication may contain information protected under copyright laws. If you have received this message by error, mistake or omission, please be advised that the use, copy, printing or resending of this message becomes strictly prohibited. In such a case, please inform the sender immediately, and proceed to erase the original message and all of its attachments. Thank you.

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATOS**	**Código: F-BS3-178** **Versión:06** **Vigencia: 04/07/2023**

Fecha de Informe	7 de mayo de 2024

El presente informe refiere la ejecución y cumplimiento de las obligaciones de los contratos de prestación de servicios.

INFORMACIÓN GENERAL

Contrato Nº	022 de 2024.		**Fecha Suscripción del Contrato**	12 de marzo de 2024.	
Nombre Contratista	Angélica Bermúdez Murcia		**Identificación (CC/NIT)**	52.853.973	
Correo Electrónico Contratista	angbermudezm@gmail.com		**Forma de Pago**	Mensual	
Nombre Supervisor	Francis Clarizza Vargas Díaz.				
Nombre apoyo supervisión	Ana María Montoya				
Fecha de Iniciación	13 de marzo de 2024		**Fecha de Terminación**	31 de diciembre de 2024	
Plazo Contrato	9 meses y 18 días	**Prórrogas**		**Plazo Total**	9 meses y 18 días
Periodo de Evaluación del Informe	01 al 30 de abril de 2024.				
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales para apoyar a la Dirección de Proyectos en la identificación, gestión y seguimiento a proyectos que desarrollen organizaciones sociales priorizando aquellos con enfoque de género, en los activos que se encuentran bajo administración de la SAE.				

INFORMACIÓN EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Porcentaje ejecutado en relación con las obligaciones y/o actividades: 16.67%

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

Porcentaje Ejecutado: 6%

Concepto	**Valor**
Valor del Contrato	$ 70.000.000
Valor de las Adiciones	$ 0
Valor total del contrato	$ 70.000.000
Total, Ejecutado y Desembolsado	$4.200.000
Valor a pagar en el periodo reportado	$ 7.000.000
Valor Pendiente por Ejecutar	**$ 58.800.000**

INFORMACIÓN DE AFECTACIÓN PRESUPUESTAL					
Rubro Presupuestal	**Descripción Rubro**	**N° Disponibilidad Presupuestal**	**Fecha Disponibilidad Presupuestal**	**N° Compromiso Presupuestal**	**Fecha Compromiso Presupuestal**
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADO	394	12/02/2024	1778	13/03/2024

INFORME DE ACTIVIDADES

El presente informe detalla la ejecución de las obligaciones contractuales por parte del contratista. Por lo anterior, se describe a continuación el estado de avance de ejecución:

Obligaciones específicas del contratista

Nº	Obligaciones Específicas	Descripción de la Actividad	Evidencia
1	Identificar activos que se encuentren bajo la administración de la SAE y que cuenten con características y condiciones para el desarrollo de proyectos por parte de organizaciones sociales en los territorios que le sean asignados.	En la vigencia reportada se realizó el ejercicio de identificación de activos administrados por la SAE, con el apoyo de los profesionales Alejandro Velásquez y Miguel Ángel Rodríguez, para las organizaciones MAFAPO (Madres de Falsos Positivos) y MUTESA (Mujer, Tejer y Saberes), para la ciudad de Bogotá. FMI identificados: 50C-1416644, 50C-622121, 50C-1339616, 50C – 817304, 50C -1096955.	Anexo 1. Ficha de predios identificados. Anexo 2. Fotos de predios identificados
2	Identificar, caracterizar y adelantar la interlocución con organizaciones sociales que tengan interés en el desarrollo de proyectos en los activos de la SAE.	En la vigencia reportada se identificó y adelantó interlocución con las siguientes organizaciones sociales con interés en el desarrollo de proyectos en los activos de la SAE: 1. Asociación MUTESA (Mujeres, Tejer y Saberes) – Bogotá 2. Asociación Tierra para Mujeres. Madrid, Cundinamarca. 3. Asociación EMPAGA. Garzón Huila. 4. Corporación COOCREATICA. Neiva Huila 5. ASOMHUPAZ. Neiva Huila 6. Corporación Cultural Gestusilere. Neiva Huila 7. Mesa Local de Víctimas de Suba. Bogotá Todas las organizaciones fueron escuchadas para conocer sus expectativas y necesidades, se les socializó qué es la SAE, la oferta, los mecanismos de administración, los requisitos para la consecución de un activo y se programaron compromisos de próximos encuentros. Se realizó el ejercicio de caracterización socioeconómica con la organización MAFAPO.	Anexo 3 Foto Asomuhpaz Anexo 4: Diligenciamiento del formato de caracterización de MAFAPO. Anexo 5 Listado de asistencia reunión con Asociación MUTESA Anexo 6 Listado de asistencia. Asociación ASOMHUPAZ Anexo 7 Listado de asistencia Corporación COO CREATICA Anexo 8 Listado de asistencia. . Asociación EMPAGA. Anexo 9 Listado de asistencia Corporación GESTUSILERE Anexo 10 Listado de asistencia. Asociación Tierra para Mujeres
3	Acompañar a las organizaciones sociales en la definición de un proyecto, su estructuración, implementación y seguimiento en el marco de la administración de un activo de la SAE.	En la vigencia reportada se está acompañando en la definición del proyecto, su estructuración, implementación y seguimiento en el marco de la administración de un activo de la SAE, a las organizaciones MAFAPO y MUTESA.	Anexo 11 Texto de avance del proyecto de las organizaciones MAFAPO Anexo 12 Texto de avance del proyecto de las organizaciones

Nº	Obligaciones Específicas	Descripción de la Actividad	Evidencia
			MUTESA.
4	Sistematizar el desarrollo de cada uno de los proyectos a cargo, identificando acciones para el mejoramiento de los procesos y buenas prácticas.	Para el periodo correspondiente a este informe se está apoyando en la sistematización de los proyectos a las organizaciones MAFAPO y MUTESA.	Anexo 13 y 14 Texto de avance del proyecto de las organizaciones MAFAPO y MUTESA.
5	Interlocución con entidades locales, nacionales o internacionales para gestionar oferta institucional o recursos para la financiación o impulso de los proyectos a su cargo.	En la vigencia reportada acompañe y apoye a la organización MAFAPO en la elaboración de la solicitud formal del activo a la SAE.	Anexo 15 Solicitud radicada a la SAE.
6	Entregar mensualmente a la Dirección de Proyectos un informe de ejecución y entregables que contentan las actividades realizadas en el cumplimiento de las obligaciones contractuales.	Esta obligación se cumple con la presentación de este informe.	Se radica el informe y sus anexos a correspondencia de entrada.
7	Aportar su experiencia y conocimientos profesionales con el fin de facilitar el avance de los objetivos propuestos, generando así un valor agregado a la ejecución del objeto contractual.	En la vigencia reportada aporté en el rastreo y obtención de información sobre crónicas de estallido social, para el evento de Jóvenes de la Primera Línea.	Anexo 16 Texto enviado a la directora con crónicas de estallido social.
8	Recomendar las acciones que deban adoptarse para el logro de los objetivos procurando la mejora continua en la ejecución del contrato.	En la vigencia reportada, sugerí recomendaciones para la elaboración del instrumento de caracterización sobre valor público, social y ambiental.	Anexo 17 Texto de las recomendaciones realizadas al instrumento de caracterización.
9	Mantener la debida reserva profesional sobre la información tratada en la ejecución del contrato.	Se ha mantenido debida reserva profesional de la información conocida en el marco de la ejecución de este contrato. Con el fin de garantizar la custodia y confidencialidad de la información de la entidad, se priorizo la utilización de las plataformas y protocolos establecidas por la Sociedad de Activos Especiales para el intercambio seguro de datos; lo que en su orden incluyó: la utilización de la plataforma CITRIX, la comunicación e interlocución formal por medio de la cuenta de correo electrónico institucional y el envío de correos electrónicos hacia interlocutores y referentes previamente identificados.	No aplica
10	Todas aquellas relacionadas con el objeto del contrato según solicitud del supervisor.	Se han realizado todas las actividades relacionadas con el objeto del contrato según solicitud del supervisor.	No aplica
11	Asistir a las mesas de trabajo, reuniones y demás eventos que sean programados en relación con el objeto contractual.	En la vigencia reportada asistí a los siguiente eventos: -La Conmemoración del Día Nacional de la Memoria y la Solidaridad con las Víctimas del Conflicto. Inauguración de la muestra "Mujeres con las botas bien puestas" y el performance de MAFAPO	Anexo 18 y 19 Fotos de los eventos Conmemoración del Día Nacional de la Memoria y la Solidaridad con las Víctimas del Conflicto.

Nº	Obligaciones Específicas	Descripción de la Actividad	Evidencia
		(Madres Falsos positivos). Lugar Centro de Memoria Paz y reconciliación. - Asistencia al evento del Centro Nacional de Memoria Histórica "la Memoria vive y resiste". Exposición de relatos de luchas y resistencias de quienes le han aportado a la paz. - Asistencia al evento de Jóvenes de la Primera Línea, convocado por la Dirección de Proyectos de la SAE.	
12	Realizar la legalización de viáticos por concepto de comisiones una vez sea entregada la cuenta de cobro lo anterior teniendo en cuenta los máximos a pagar de acuerdo con el procedimiento "P-GV1-013 Procedimiento para autorización de comisiones de servicios o desplazamiento y Reconocimiento de Viáticos o gastos de viaje" y a las tablas establecidas por la SAE SAS para la vigencia 2024 para alimentación, alojamiento y transporte.	En la vigencia reportada realicé la solicitud de comisión y la legalización de viáticos por concepto de comisión al departamento del Huila.	Anexo 20 Imagen de legalización realizada

APORTES PARAFISCALES

DECLARACIÓN

El contratista: Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información relacionada en el presente informe corresponde a las actividades ejecutadas durante el período informado y los documentos anexos que soportan el pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales para el periodo del informe, corresponden a los que legamente efectúo con base en los ingresos provenientes del Contrato y que la planilla aportada está efectivamente pagada y recibida a satisfacción por la entidad encargada de recaudar el pago, de conformidad con lo señalado en el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018.

N° Planilla de Pago SGSS	Periodo de Aporte	Valor Total Planilla
76815278	2024-04	812.700

Nota: El valor de aportes obligatorios se debe realizar sobre la base de cotización de $2.800.000 que corresponde al 40% del pago por valor de $7.000.000. Se valida que el valor pagado en la planilla sea igual o mayor a $812.616, valor requerido por aportes obligatorios para este caso

Concepto	N° Planilla de Pago SGSS	Periodo de aporte	Valor Planilla
Salud	76815278	2024-04	350.000
Pensión	76815278	2024-04	448.000
Riesgos Laborales	76815278	2024-04	14.700
Total			812.700

RIESGOS CONTRACTUALES

El Seguimiento de riesgos se realizará conforme a los riesgos identificados en los estudios previos o términos de referencia según corresponda y solo será registrado en el presente informe en caso de presentarse una materialización del mismo.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El supervisor: Certifico que el contratista cumplió con las obligaciones y productos en el periodo del presente informe, conforme con lo pactado en el contrato y cumplen con los requisitos exigidos por la entidad. El presente informe y sus evidencias fueron validadas y es aprobado, por lo cual autorizo proceder con el pago.

Una vez revisadas las cuentas de cobro presentadas por el Contratista, la información de las actividades desarrolladas y las evidencias correspondientes a la ejecución certifico que el Contratista cumple con todas las obligaciones del contrato:

Sí	**X**	**No**	

Adicionalmente se certifica que el cumplimiento de las actividades durante este mes fue:

Satisfactorio	X
Bueno	
Regular	
Requiere Ajustes	

FRANCIS CLARIZZA VARGAS DIAZ
Firmado digitalmente por FRANCIS CLARIZZA VARGAS DIAZ
Fecha: 2024.05.10 14:16:00 -05'00'

FRANCIS CLARIZZA VARGAS DIAZ
Directora
Supervisora

ANGÉLICA BERMÚDEZ MURCIA
Contratista

ANA MARIA MONTOYA URIBE
Apoyo a la supervisión

VoBo. Minerva Moscoso Pinzón/Referente financiero DP

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS - PERSONAS NATURALES

Conforme a la Reforma Tributaria Ley 2010 de 2019

Yo, Angélica Bermúdez Murcia, identificada con cédula de ciudadanía número. 52.853.973, manifiesto, bajo la gravedad de juramento que:

1. De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 18 que adiciona el artículo 388 del Estatuto Tributario SI___ NO__X__ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad.

2. Que según el artículo 4 de la Ley 2010 de 2019 que adiciona el artículo 437 del Estatuto Tributario en su parágrafo 3., pertenezco al régimen de impuesto a las ventas, No responsable__X__ Responsable ___.

   Condiciones para ser responsable de IVA, lo que obliga a expedir factura de venta con Iva.

   - ✓ Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT. ($164.727.500).

   - ✓ Que no tengan más de un establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio donde ejerzan su actividad.

   - ✓ Que no hayan celebrado en el año inmediatamente anterior ni en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT. ($164.727.500).

   - ✓ Que el monto de sus consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras durante el año anterior o durante el respectivo año, provenientes de actividades gravadas con el impuesto sobre las ventas (IVA), no supere la suma de 3.500 UVT. ($164.727.500).

   - ✓ Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de contratos con el estado, inferiores a 4.000 UVT. ($188.260.000).

3. SI__X__ NO_____ soy Declarante del Impuesto de Renta por el Año gravable 2023.

4. SI___ NO__X___ tengo personas dependientes a cargo según lo previsto el en Parágrafo 2, Articulo 387 del Estatuto Tributario y Ley 1607 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios.

En constancia de lo anterior se firma a los ___07__ días del mes de __mayo __ del año _2024__

Firma	
Nombre:	Angélica Bermúdez Murcia
Documento de Identificación	52.853.973
Dirección	Calle 19 # 112 a 21
Correo electrónico	angbermudezm@gmail.com
Teléfono	3118801589

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEDUCCIONES MENSUALES PARA CONTRATISTAS

QUE CLASIFIQUEN EN LA CATEGORÍA TRIBUTARIA DE EMPLEADO

Yo, Angélica Bermúdez Murcia, identificada con cédula de ciudadanía número 52.853.973, expedida en la ciudad de Bogotá, en mi calidad de persona natural me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago objeto de esta declaración:

1. Que para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del Estatuto Tributario y el artículo 15 del decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social corresponden a los ingresos del Contrato de Prestación, con un ingreso base de cotización de $2.800.000, que corresponde al 40% del segundo pago por valor $7.000.000, aportando un valor total de $ 812.700 los cuales se discriminan así:

Por concepto de Salud	350.000
Por concepto de Pensión	448.000
Por concepto de ARL	14.700

Cabe resaltar que estos pagos (SI) ___ o (NO) __X__se deducen de la base para aplicar la Retención en la Fuente y fueron pagados bajo la planilla o autorización No. 76815278 (Se anexa planilla)

2. Acogiéndome al beneficio del artículo 126-1 y 126-4 del Estatuto Tributario, solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique el descuento sobre los valores a cancelar de la siguiente manera:

Concepto	Nombre Entidad	Número De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

3. Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013, intereses de vivienda y medicina prepagada.

Concepto Solicitado	SI	NO
Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo con la certificación que se adjunta		X
Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo con la certificación que se adjunta de la Entidad Promotora de Salud.		X

4. Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013; por concepto de dependientes del 10% hasta un máximo de 32 UVT, así:

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por dependientes de acuerdo a la siguiente relación de conformidad con el parágrafo 4to del Decreto 0099 de 2013, así

Tipo de Documento Identificación	Número Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

Condición	Marque (X)
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando 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 auto-ridad competente.	
Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	
El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y,	
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	

En constancia de lo anterior se firma a los __07____ días del mes de _mayo __del año __2024__.

Firma 

Nombre: Angélica Bermúdez Murcia

Documento de Identificación 52.853.973

Dirección Calle 19 # 112 A 21

Correo electrónico angbermudezm@gmail.com

Teléfono 3118801589

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	52853973	ANGELICA BERMUDEZ MURCIA	CLLE 19 N 112 A 21	5499079	angbermudezm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76815278	$812.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	350.000	0		0		0	0	0	0	350.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	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	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	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	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	812.700	812.700

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	52853973	ANGELICA BERMUDEZ MURCIA		CLLE 19 N 112 A 21	5499079	angbermudezm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

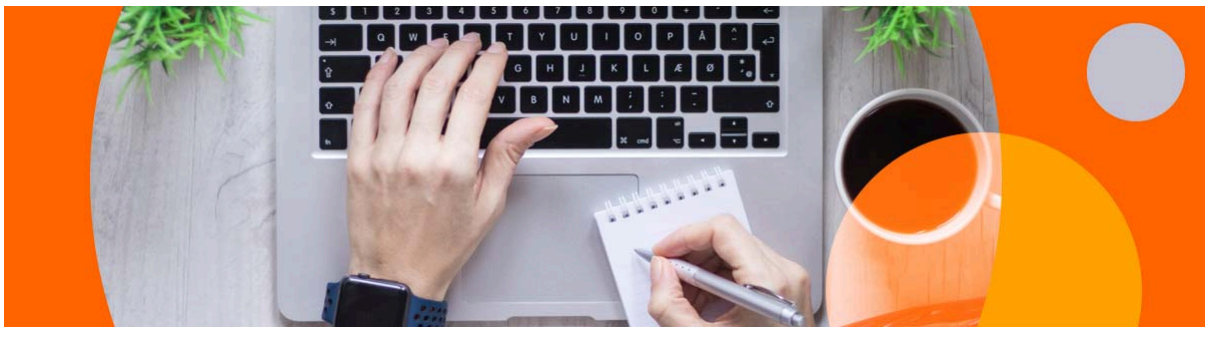
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76815278	$812.700	

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	52853973	BERMUDEZ MURCIA ANGELICA	59	0			N																	231001	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	350.000	14-23	2.800.000	1	14.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

52853973

Número de planilla*

76815278

Valor Planilla*

812700

Periodo de pago salud*

Mes*

Abril

Año*

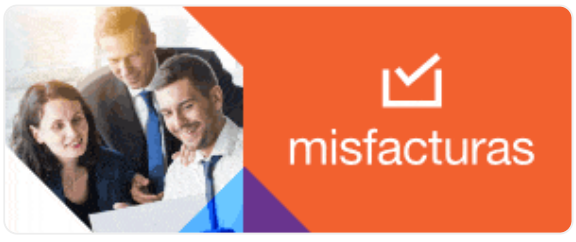
2024

Fecha de pago de la planilla*

05/03/2024

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2024
Pension	Colfondos	Abril - 2024
Salud	Sanitas EPS	Abril - 2024



Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy **8 Mayo** 2024 pagan:

FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Código: F-GF3-044	Fecha: 29/06/2023	Versión:02

Bajo la gravedad del juramento certifico que: **1.** El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato. **2.** El contrato cuenta con la respectiva apropiación presupuestal con cargo al rubro indicado, según los certificados expedidos por el responsable del presupuesto. **3.** El contratista para la ejecución del contrato acreditó encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y se ha verificado el cumplimiento de dicha obligación para acceder al presente pago.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Nombre del Contratista:	ANGÉLICA BERMÚDEZ MURCIA		
C.C o NIT:	52,853,973		
Contrato No.	022 de 2024	**Fecha:**	12/03/2024
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales para apoyar a la Dirección de Proyectos en las definiciones y lineamientos para la medición de valor público, la estrategia de economía popular, la ruta de operación del inventario estratégico, y la gestión de recursos.		
Periodo Reportado:	01 al 30 de abril de 2024		
Forma de pago:	Mensual		

INFORMACIÓN DE AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Rubro Presupuestal	Descripción Rubro	N° Disponibilidad Presupuestal	Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. Compromiso Presupuestal	Fecha Compromiso Presupuestal
A-8 -3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADO	394	12/02/2024	1778	13/03/2024

En consecuencia se autoriza pagar la cuenta de cobro radicada mediante orfeo 20242011280742 cuyo valor se ajusta a las condiciones contractuales expuestas en la claúsula 3. FORMA DE PAGO del contrato 017 de 2024

FACTURAS O CUENTAS DE COBRO AUTORIZADAS

No. Factura o Cuenta de Cobro	Fecha			Valor Facturado		
	Día	Mes	Año	Base	IVA	Total
Segundo pago	7	5	2024	$ 7,000,000	$ -	$ 7,000,000
TOTALES				$ 7,000,000	$ -	$ 7,000,000

Firma: FRANCIS CLARIZZA VARGAS DIAZ — Firmado digitalmente por FRANCIS CLARIZZA VARGAS DIAZ Fecha: 2024.05.10 14:16:44 -05'00'

Cargo: DIRECCIÓN DE PROYECTOS

Nombre: FRANCIS CLARIZZA VARGAS DÍAZ

Elaboró: Minerva Moscoso Pinzón

Fecha de certificación: 10/05/2024

Revisó: Ana Maria Montoya U

FRISCO (FONDO PARA LA REHABILITACION INVERSION SOCIAL Y LUCHA CONTRA EL CRIMEN ORGANIZADO)

CAUSACION FACTURA DE PROVEEDOR

DATOS BASICOS E INFORMACION GENERAL

Tipo de Oper: 8020 OTROS HONORARIOS Y SERVICIOS **Causacion:** 3,140

Factura No: 3140 **Fecha:** 10/05/2024 **Estado:** Inconsistente

Descripcción: SEGUNDO PAGO CTO 022 DE 2024_ABM_DP

DETALLE DOCUMENTO

Producto	Nombre	Destino	Unidad	Cantidad	Valor	Vlr Desc	Total
39990001	Documento Soporte Electronico	GASTOS OPERATIVOS	UNIDAD	1	7,000,000.00	0.00	7,000,000.00

CONTABILIZACION

Nombre	Cuenta	Ceco	Sucursal	Debito	Credito	Val Base
0	0	0	0	0.00	0.00	0.00

*** FIN REPORTE ***

Elaborado/Modificado por: **MOSCOSO PINZON MINERVA** Revisó:_____ Autorizó:_____