# CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

## Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo

### 1. DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **C.C. o NIT** | 92.548.679 | **DV** | 8 | No. de Contrato: **301** | de | Año: 2021 | Fecha de Inicio (dd-mes-aaaa): 22-sep-2021 |
| | | | | | | | Fecha de Finalización: 31-dic-2021 |

***Nombre del Contratista*** LUIS FERNANDO ROMERO GIL

**Correo Electrónico** Luisfernandoromerogil@hotmail.com **Telefono de Contacto** 3012034605

**Objeto del Contrato** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURIDICAS EN EL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUSIONAL PARA MEJORAR LA IMPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SUPERINTENDENCIA DEL SUBCIDIO FAMILIAR" EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.

Cuenta Bancaria

No. de Cuenta 592414007 Tipo de Cuenta AHORROS

### 2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Inicial del Contrato (1) | $ 26.400.003,00 | Valor Pagado (5) | $ 10.400.003,00 | |
| Valor Modificaciones (2) | | Valor Causado No Pagado (6) | $ 8.000.000,00 | % ejecución |
| | | Valor Ejecutado (7=5+6) | $ 18.400.003,00 | 69,7% |
| Valor Total del Contrato (3=1+2) | **$ 26.400.003,00** | Valor Disponible por Pagar (8=3-7) | **$ 8.000.000,00** | |

Pagos efectuados

| Pago Número | No. Factura o Doc. Equivalente | Fecha: (dd-mes-aaaa) | Valor |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 01-oct-2021 | $ 2.400.003,00 |
| 2 | 2 | 08-nov-2021 | $ 8.000.000,00 |

| Pago Número | No. Factura o Doc. Equivalente | Fecha: (dd-mes-aaaa) | Valor |
|---|---|---|---|
| | | | |

**$ 10.400.003,00**

### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR

Presupuestal

| No. Compromiso | Objeto del Gasto | Valor | 3. Uso Presupuestal |
|---|---|---|---|
| 63321 | A-02-02-02-008-002 SERVICIOS JURÍDICOS Y CONTABLES | 8.000.000,00 | A-02-02-02-008-002-01 SERVICIOS JURÍDICOS |
| | A-02-02-02-008-002 SERVICIOS JURÍDICOS Y CONTABLES | | A-02-02-02-008-002-01 SERVICIOS JURÍDICOS |
| | **Total a Pagar** | **$ 8.000.000,00** | |

1. Buscar Rubro: FUNC; FUNC

2. Buscar SubRubro (SI CAMBIA VUELVA A LISTAR): A-02-02-02-008-002 SERVICIOS JURÍDICOS Y CONTABLES; A-02-02-02-008-002 SERVICIOS JURÍDICOS Y CONTABLES

| Número Factura o Doc. Equivalente | Fecha de Expedición (dd-mes-aaaa) | Régimen IVA | Nro. Pago | Valor Antes de IVA (A) | Valor IVA (B) | Valor a Pagar (A+B |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 26-nov-2021 | Seleccione... | 3 | $ 8.000.000,00 | | **$ 8.000.000,00** |

Información Seguridad Social — N° Planilla de Pago: — Periodo de aporte (Mes | Año):

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor del contrato o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes.

Para constancia Firmo con fecha 26-nov-2021

### DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR

**Nombre(s)** PEDRO ACOSTA LEMUS

**Identificación CC o NIT** 19.439.160

**Cargo(s)** DIRECTOR FINANCIERO Y CONTABLE

**Dependencia** DIRECCIÓN DE GESTION FINANCIERA Y CONTABLE

**Firma(s)**

PEDRO ACOSTA LEMUS

Firmado digitalmente por PEDRO ACOSTA LEMUS
Fecha: 2021.11.26 10:10:20 -05'00'

*En caso de situaciones especiales, se tramita según lo definido en item o) del numeral 5. CONDICIONES DE LAS ACTIVIDADES del procedimiento "Causación de obligaciones para pagos a terceros".*

**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN**

CONTRATO DE SSF CPS Nº 301 de 2021

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURIDICAS EN EL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUSIONAL PARA MEJORAR LA IMPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SUPERINTENDENCIA DEL SUBCIDIO FAMILIAR" EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. | FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO: | 21/09/2021 | FECHA DEL INFORME: | 26/11/2021 |
| PLAZO INICIAL DEL CONTRATO: | | PRÓRROGAS: | | PLAZO TOTAL DEL CONTRATO: | 3 MESES Y 9 DIAS |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $26.400.003 | ADICIONES: | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $26.400.003 |
| Periodo correspondiente del pago: | Desde:01/11/2021 | Hasta:30/11/2021 | Pago No.: 3 | Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato) | 69,70% |

| | |
|---|---|
| ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: | 1. Reunión del equipo de lineamiento 14 de medidas cautelares. 2. Capacitación del aplica ISOLUCIÓN. 3. Formulario de preguntas a agentes especiales sobre la adopción de medidas cautelares en desarrollo del lineamiento 14. 4. Elaboracion de documento sobre referencias nacionales, hallazgos y conclusiones del documento de avance del lineamiento 14 de medidas cautelares. 5. Reunón de revisión de avance del lineamiento 14 con Jose Miguel Rueda. 6. REunión de mesa tecnica de la dirección financiera sobre equivalente de capital suscrito y pagado en las CCF cuando ejecuten el programa de salud. 7. Construcción de matriz de indicadores de medidas cautelares en desarrollo del lineamiento 14. 8. Reunión de mesa de trabajo sobre modificación de catálogo en virtu de la ley 2069 de 2020 y el decreto 689 de 2020. |
| OBSERVACIONES: | Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente, de conformidad a lo pactado en el contrato. |

LUIS FERNANDO ROMERO GIL
C.C.92548679

PEDRO ACOSTA LEMUS
Firmado digitalmente por PEDRO ACOSTA LEMUS
Fecha: 2021.11.26 10:11:11 -05'00'

Firma del Supervisor del contrato
Cargo y Dependencia donde labora

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14727600606

(415)7707212489984(8020) 000001472760060 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 2 5 4 8 6 7 9 | 8 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 2 3 | |

## 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 | 9 2 5 4 8 6 7 9 | 2 0 0 2 0 8 0 2 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sincelejo 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROMERO | GIL | LUIS | FERNANDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sincelejo 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 11 B 24 F 51

42. Correo electrónico: luisfernando.romerogil@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 2 0 3 4 6 0 5 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 1 0 | 2 0 1 4 1 0 0 6 | | | | 2 4 2 1 | |

## 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 5 | 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

| 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 2020 - 12 - 14 / 16 : 21: 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 ROMERO GIL LUIS FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

# DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
## REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:18/11/2021

| CONTRIBUYENTE | C.C. 92548679 | LUIS FERNANDO ROMERO GIL |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 26 24 42 AP 201 Teléfonos: 3012034605

Dirección electrónica: luisfernandoromerogil@hotma Ciudad: SINCELEJO Municipio: SUCRE

Fecha de Inscripción: 17/11/2021 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 06/10/2014

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/09/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69102 - Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.



Fuente: RIT-SHD



SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS CO18/8129

# Certificado Tributario e Información del Sistema General de Seguridad Social Integral- SGSSI

**Señores: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| CONTRATO | Numero # | 301 | De | 2021 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contratista (Nombre completo) | LUIS FERNANDO ROMERO GIL | | |
| Identificación (NIT, CC, etc.) | 92548679 | DV | |
| Dirección | CARRERA 26 # 24-42 APTO 201 | | |
| Ciudad Residencia | SINCELEJO | Teléfono \| Celular | 3012034605 |
| Correo Personal | luisfernandoromerogil@hotmail.com | Correo Institucional | |

## 2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

| | SI | NO |
|---|---|---|
| a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: | ☒ | ☐ |
| b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) *(antes régimen común)* | ☐ | ☒ |

| | |
|---|---|
| c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) | 69102_Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal |

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| d) Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "*La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.*" | **¿Contraté más dos (2) o más personas?** | ☐ | ☒ |

| | |
|---|---|
| e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: | Registre aquí. **%** |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: | ☐ | ☒ |

## 3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

**APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SGSS**

| Tipo | Si | NO | Entidad SSGF |
|---|---|---|---|
| Aportes – Salud | ☒ | ☐ | 8002514406_E.P.S Sanitas |
| Régimen especial en Salud | ☐ | ☒ | En caso de señalar "**SI**", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al **FOSYGA** |
| Aportes - Pensión | ☒ | ☐ | 8002297390_Protección |
| Aportes – ARL | ☒ | ☐ | 8600111536_Positiva Compañía de Seguros |

**APORTES VOLUNTARIOS**



Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo a la Superintendencia del Subsidio Familiar deducir de mis honorarios los siguientes conceptos:

| Tipo | Si | NO | Número de Cuenta | Entidad Financiera | Valor Deducción (Mensual) $ |
|---|---|---|---|---|---|
| Aportes en Pensiones Voluntarias | ☐ | ☒ | # | Desplegar | $ 0,00 |
| Aportes en cuentas AFC / AVC | ☐ | ☒ | # | Desplegar | $ 0,00 |

(**Anexar** Certificación vigente de la entidad financiera, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

## BENEFICIOS TRIBUTARIOS

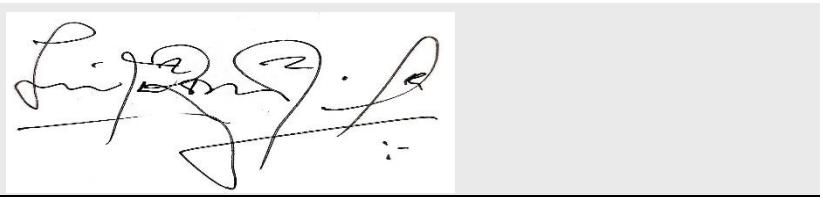
| Tipo | Sí | No | Soportes |
|---|---|---|---|
| | | | ***Anexar** - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* |
| **Intereses de Vivienda** | ☐ | ☒ | *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, **solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje**: Elija un elemento. **%*** |
| **Medicina Prepagada** | ☐ | ☒ | ***Anexar** - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.* |
| | ☐ | ☒ | *a) Para hijos menores de 18 años, **anexar** copia del registro civil.*<br>*b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, **anexar** copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.*<br>*c) Para Hijos mayores de 23 años y/o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar** certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.*<br>*d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, **anexar** Certificación anual de Contador Público.* |

**Relación de Dependientes**

| | |
|---|---|
| Nombre y apellidos (completos) | |
| ID (CC, TI, etc.) | |
| Fecha de Nacimiento | |
| Calidad del Dependiente | |

## 4. FIRMA

Para constancia firmo el día Seleccione la Fecha.



CC / NIT. : 92.548679

Original: Grupo de Gestión Financiera– Contabilidad



Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co

SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

# SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

## DOCUMENTO DE COBRO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR

**Código: FO-GFP-017; Versión: 1**

| FECHA DE GENERACIÓN DEL DOCUMENTO | Número de documento |
|---|---|
| 26 de noviembre de 2021 | 3 |

### ADQUIRIENTE DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** | SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDO FAMILIAR | | |
| **NIT** | 860503600 | **DV** | 9 |

### PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | LUIS FERNANDO ROMERO GIL | | |
| **NIT / CC** | 92.548.679 | **DV** | 8 |
| **DIRECCIÓN** | CARRERA 26 # 24 - 42 SINCELEJO | | |
| **TELÉFONO** | 3012034605 | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | luisfernandoromerogil@hotmail.com | | |
| **NÚMERO DE CONTRATO** | 301 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURIDICAS EN EL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUSIONAL PARA MEJORAR LA IMPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SUPERINTENDENCIA DEL SUBCIDIO FAMILIAR" EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. | | |

**PAGO CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE:** NOVIEMBRE

| VALOR | LETRAS |
|---|---|
| $ 8.000.000 | OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE |

### FIRMA PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

**ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE IVA**

## Obligación Presupuestal – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHmperez | MARIO FERNANDO PEREZ CAMACHO |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-01-07 | MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR |
| Fecha y Hora Sistema: | 8/12/2021 12:00:00 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 365021 | **Fecha Registro:** | 2021-12-08 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | | | 36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generada | **Requiere DIP:** | | No | **Tipo de DIP:** | | **Nro. Compromiso:** 63321 |
| **Valor Inicial:** | 8.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | | **Valor Actual:** | 8.000.000,00 | **Saldo x Ordenar:** 8.000.000,00 |
| **Valor Inicial Moneda Original:** | 0,00 | **Valor Total Operaciones Moneda Original:** | 0,00 | | | | **Valor Actual Moneda Original:** | 0,00 | **Saldo x Ordenar Moneda Original:** 0,00 |
| **Valor Deducciones:** | 595.280,00 | **Valor Neto:** | 7.404.720,00 | | | | **Valor IVA:** | 0,00 | **Nro. Cdp:** 36321 |
| **Valor Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Valor Neto Moneda:** | 0,00 | | | | **Atributo Contable:** | 05-NINGUNO | **Comprobante Contable:** 8663 |

**TERCERO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 92548679 | **Razon Social:** | LUIS FERNANDO ROMERO GIL | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 592414007 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| **CUENTA X PAGAR** | | | | **CAJA MENOR** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 292821 | **Tipo:** | Honorarios Personas Declarantes | **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | |

**DOCUMENTO SOPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | DOCUMENTO DE COBRO N 3 | **Tipo:** | CUENTA DE COBRO | **Fecha:** | 2021-12-08 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | ATRIBUTO CONTABLE | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 000 SSF GESTION GENERAL GASTOS | C-3699-1300-7-0-3699053-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR. NACIONAL | Nación | 16 | CSF | 05-NINGUNO | | | | | |
| | | | | | | **Total:** | 8.000.000,00 | 0,00 | 8.000.000,00 | 8.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | RP 63321 CTO 301/2021 PAGO 3/4 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURIDICAS EN EL MARCO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA IMPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. PERIODO: NOVIEMBRE DOCUMENTO DE COBRO No. 3 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 2021 PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL No. 4421448737 PERIODO DE COTIZACION OCTUBRE 2021 |

| PLAN DE PAGOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC** | **POSICION DEL CATALOGO DE PAC** | **FECHA DE PAGO** | **ESTADO** | **VALOR A PAGAR** |
| 000 SSF GESTION GENERAL PAC | 3-8 CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-12-10 | Generada | 8.000.000,00 |

| POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **POSICION DEL CATALOGO DE PAGO** | **IDENTIFICACION** | **NOMBRE BENEFICIARIO** | **BASE GRAVABLE** | **TARIFA** | **VALOR DEDUCCION** | **SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR** |
| 2-01-05-01-01-03-05 RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS | NIT 899999061 | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | 8.000.000,00 | 0,966 % | 77.280,00 | 77.280,00 |
| 2-01-04-01-29 RETEFUENTE - RENTAS DE TRABAJO | NIT 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 6.000.000,00 | 8,630 % | 518.000,00 | 518.000,00 |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 92548679 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS FERNANDO ROMERO GIL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | SINCELEJO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4421448737** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES octubre | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/11/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997646161 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.280.000 | $ 0 | $ 0 | $ 40.000 | $ 40.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.360.000 | $ 0 | $ 1.360.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 1.360.000** | **$ 0** | **$ 1.360.000** |

**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 | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 1.000.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 1.000.000** |

**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 | $ 41.800 | $ 41.800 | $ 0 | $ 0 | $ 41.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 41.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 41.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 92548679 | ROMERO GIL LUIS FERNANDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 3.240.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 8.000.000 | $ 1.280.000 | $ 40.000 | $ 40.000 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.360.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 8.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 1.000.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 8.000.000 | 92548679 | $ 41.800 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 2.401.800** |