

	FORMATO DE AUTORIZACION Y ORDENACION DE PAGOS Y/O GIROS	Código	Versión
		IPSE-GF-F05	1
		Fecha:	Paginas
		05-07-2024	1/1

Bogotá, D.C. 3/02/2025

El supervisor del contrato, convenio u orden No. 024 de fecha (22/01/2025)	EXPEDIENTE No. 2025139120300024E	V.01		
	FECHA INICIO :22 de enero de 2025			
	FECHA FINAL :31 de diciembre de 2025			
	VALOR MENSUAL: \$6.500.000			
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS E INFORMATIVOS DE COMUNICACIÓN INTERNA DENTRO DE LA CAMPAÑA INTEGRAL DE DIVULGACIÓN DEL IPSE.				
CERTIFICA:				
Que el contratista: MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR				
Identificado con NIT o C.C. N°: 1018417618				
Cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato para el primer pago del periodo comprendido entre el (22/01/2025) y el (30/01/2025). Por lo tanto, certifico que recibí a satisfacción los bienes y/o servicios pactados contractualmente y verifiqué que todos los requisitos necesarios para el pago fueron cumplidos, de acuerdo con las formalidades contractuales en la cláusula 5.3.1 FORMA DE PAGO.				
Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden, AUTORIZO y ORDENO proceder con el pago (o giro) No.01 correspondiente a la suma de: \$ (TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS \$3.250.000), y el pago del gravamen al movimiento financiero si aplica.				
El pago de acuerdo con lo solicitado por el contratista en la cuenta de cobro/factura o documento equivalente con los soportes, debe ser abonado en la cuenta bancaria: Ahorros X Corriente _____ No:488414387537 del Banco _DAVIVIENDA				
ENDOSO SI __, NO _X_, Tercero _____, NIT _____				
El valor a pagar se debe afectar presupuestalmente de la siguiente manera:				
Nº de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP)	Nº Certificado de Registro Presupuestal (CRP)	FUENTE DE RECURSOS (Propios y/o nación)	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
7225	5625	Nación	C-2106-1900-2-53106A-2106019-02	\$ 3.250.000
Nota: La fuente, el rubro presupuestal, el No. del CDP y el No del CRP, se pueden ver en el certificado de registro presupuestal (CRP). Además, puede(n) apoyarse en el contrato, convenio u orden y el estudio previo. En consecuencia es de responsabilidad de los supervisores establecer y llevar un control de la ejecución por fuente y concepto a medida que se genera, certifica y tramita cada una de las certificaciones y autorizaciones de pago.				
El consolidado de pagos del contrato, convenio u orden es el siguiente:				
Valor inicial del contrato, convenio u orden		\$ 74.750.000		
(+ Adición y/o (-) Reducción				
(-) Valores pagados del contrato, convenio u orden a la fecha				
= Subtotal del contrato a la fecha		\$ 74.750.000		
(-) Valor a pagar en este periodo		\$ 3.250.000		
= Total Contrato después de este pago		\$ 71.500.000		
El Régimen tributario del contratista es: No responsable de IVA <input checked="" type="checkbox"/> Responsable de IVA <input type="checkbox"/> Régimen Simple de Tributación <input type="checkbox"/> Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>				
Pagos a seguridad Personas naturales:				
El supervisor del contrato certifica que para el presente pago se verificaron y constataron por el o los mes (es) ENERO, los aportes (sin incluir mora) efectuados por el contratista por concepto de salud \$ 162.500, pensión \$ 208.000, ARL \$ 6.800, basados en el 40% de los ingresos del respectivo mes, del presente contrato de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y el Decreto 1703/2002, según lo relacionado en el numeral 5 del presente informe y además de haber sido liquidados los aportes de acuerdo con los artículos 3,4 y 5 de la Ley 797 de 2003, el Decreto. 510 de 2003 y la Circular Conjunta N° 001 del Min. de la Protección Social y Ministerio de Hacienda (Soporte Planilla de Pago). ARL Riesgo V -En consideración a que las actividades que desarrolla el contratista, se clasifica en riesgo V, para dar cumplimiento al Decreto 723 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad debe hacer el pago de ARL. Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del periodo correspondiente se han revisado los documentos en original, los cuales se encuentran en el sistema de gestión documental Orfeo en el respectivo expediente contractual y se aprueban los siguientes documentos:				Anexa
1. Informe de actividades del periodo y soportes				1 <input checked="" type="checkbox"/>
2. Factura				2 <input type="checkbox"/>
3. Cuenta de cobro y/o documento equivalente				3 <input checked="" type="checkbox"/>
4. Soporte de aportes al Sistema General de Seguridad Social (persona natural)				4 <input checked="" type="checkbox"/>
5. Certificado de pagos a seguridad social y parafiscal firmado Revisor Fiscal y /o Representante Legal (persona jurídica).				5 <input checked="" type="checkbox"/>
6. Comprobante de Ingreso y Salida de Almacén (Si aplica)				6 <input type="checkbox"/>
				7 <input type="checkbox"/>

	FORMATO DE AUTORIZACION Y ORDENACION DE PAGOS Y/O GIROS	Código	Versión
		IPSE-GF-F05	1
		Fecha:	Paginas
		05-07-2024	1/2

7. Documentos adicionales requeridos en la forma de pago del contrato, convenio u orden para el presente pago	
<div> FIRMA Nombres y apellidos del supervisor: Gustavo A. Rodríguez Ruíz Cargo: Profesional Especializado – Comunicaciones</div> <div>NOTA: EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIRMADO EN ORIGINAL PARA REALIZAR EL RESPECTIVO TRÁMITE DE AUTORIZACION Y ORDENACIÓN DE PAGO O GIRO.</div>	

	FORMATO INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-CO-F73	7
		Fecha:	Paginas
		16/07/2024	1/2

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:						024	Del Año:	2025	
CONTRATISTA:		MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR				C.C./ C.E. No.:	1018417618		
PERIODO DEL INFORME:		Desde:	22	01	2025	Hasta:	30	01	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS E INFORMATIVOS DE COMUNICACIÓN INTERNA DENTRO DE LA CAMPAÑA INTEGRAL DE DIVULGACIÓN DEL IPSE.

Fecha de inicio	22	01	2025		Fecha de terminación	31	12	2025
	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año

1.1. ANÁLISIS DE RIESGOS

1. Riesgos	2. Responsable	3. Materializado Si/No	4. Plan de acción
1.Mala calidad en la prestación del servicio.	IPSE	NO	N/A
2.Se presenta cuando el contratista seleccionado no firma el contrato en el plazo establecido	Contratista	NO	N/A
3.Ocurre cuando se presentan retrasos o incumplimientos en la entrega de los informes y/o productos a cargo del contratista, o cuando los mismos no corresponden a lo mínimo solicitado en el estudio previo.	Contratista	NO	N/A
4. Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	IPSE	NO	N/A
5. Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden	IPSE CONTRATISTA	NO	N/A

	FORMATO INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-CO-F73	7
		Fecha:	Paginas
		16/07/2024	1/2

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:						024	Del Año:	2025	
CONTRATISTA:	MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR					C.C./ C.E. No.:	1018417618		
PERIODO DEL INFORME:		Desde:	22	01	2025	Hasta:	30	01	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

<i>afectar el equilibrio económico del contrato.</i>			
--	--	--	--

2. DETALLE DE LA EJECUCIÓN

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	AVANCE/ ESTADO DE EJECUCIÓN
1	Elaborar contenido periodístico e informativo para los diferentes canales de comunicación interna dispuestos por la Entidad.	Se generaron copys para piezas gráficas: ENERO COPYS PARA PIEZAS	100%
2	Realizar campañas de comunicación creativas y de acuerdo con la misionalidad de la Entidad.	Durante el periodo objeto de ejecución no se requirió esta actividad.	100%
3	Manejar el correo institucional y darle respuestas a las solicitudes de las áreas.	Se atendió requerimientos por medio del correo de comunicaciones, y se envió piezas gráficas solicitadas por las diferentes áreas. ENERO REQUERIMIENTOS CORREO ELECTRÓNICO	100%
4	Proponer contenidos innovadores y estratégicos para ser difundidos de manera en la entidad que mejoren el clima laboral.	Se realizaron los diagnósticos de comunicación interna y página Web del 2024, para realizar plan de acción 2025. ENERO DIAGNÓSTICOS	100%

	FORMATO INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-CO-F73	7
		Fecha:	Paginas
		16/07/2024	1/2

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:						024	Del Año:	2025	
CONTRATISTA:	MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR					C.C./ C.E. No.:	1018417618		
PERIODO DEL INFORME:		Desde:	22	01	2025	Hasta:	30	01	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

5	Apoyar la organización y realización de eventos internos del IPSE.	Se ceo por teams Capacitación Política de Seguridad de la Información, donde todos los colaboradores del IPSE, participaron. ENERO CAPACITACIONES	100%
6	Desarrollar la emisión de boletín interno para facilitar el trabajo en la Entidad generando una cultura de buen manejo de la comunicación e información, y por esa vía mejorar el ambiente laboral.	Durante el periodo objeto de ejecución no se requirió esta actividad.	100%
7	Organizar una carpeta con el seguimiento de los contenidos desarrollados para la comunicación interna.	Se creó la carpeta Comunicación Interna, donde reposan todas las actividades desarrolladas durante el mes. COMUNICACIÓN INTERNA MAJO 2025	100%

	FORMATO INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-CO-F73	7
		Fecha:	Paginas
		16/07/2024	1/2

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:						024	Del Año:	2025	
CONTRATISTA:	MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR					C.C./ C.E. No.:	1018417618		
PERIODO DEL INFORME:		Desde:	22	01	2025	Hasta:	30	01	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

8	Las demás que le asigne el supervisor del contrato y que surjan de la naturaleza del mismo.	Se asistió a las reunión presencial el día 27 de enero, donde se presentó al equipo de comunicaciones y conocer los roles de cada uno. -Se participó en la reunión virtual, de Registro cuentas de cobro SECOP 2025. ENERO CAPACITACIONES	100%
----------	---	---	------

3. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	
2	
3	

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el (8) de (noviembre) de (2024)

INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN Y PROMOCIÓN DE SOLUCIONES ENERGÉTICAS PARA ZONAS NO INTERCONECTADAS – IPSE

María José Uparela T.


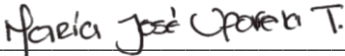
Firma Contratista

Nombre: María José Uparela Tovar

[Signature]

Vo.Bo. Supervisor y/o Interventor

Nombre:

	CUENTA DE COBRO CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-GF-10	2
		Fecha	Páginas
		8/07/2024	1
BOGOTÁ D.C : 03- 02-2025			
INSTITUTO DE PLANIFICACION Y PROMOCION DE SOLUCIONES ENERGETICAS PARA LAS ZONAS NO INTERCONECTADAS – IPSE			
NIT: 899.999.048-2			
CUENTA DE COBRO NO. 01			
ADEUDA A (NOMBRE):	MARÍA JOSÉ UPARELA TOVAR		
CONTRATO No.:	024 DE 2025		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS E INFORMATIVOS DE COMUNICACIÓN INTERNA DENTRO DE LA CAMPAÑA INTEGRAL DE DIVULGACIÓN DEL IPSE.		
PERIODO DE COBRO:	Desde 22-01-2025 hasta 30-01-2025		
VALOR DE COBRO:	\$3.250.000 -TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS		
CUENTA BANCARIA			
BANCO: DAVIVIENDA AHORRO <input checked="" type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> No. CUENTA: 488414387537			
DEPÓSITO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CUAL: _____ No. _____			
<div> FIRMA NOMBRE: María José Uparela T. CC: 1018417618 CELULAR:3005874694 DIRECCIÓN: Calle 145 # 46- 80</div>			
El Instituto de Planificación y Promoción de Soluciones Energéticas para las Zonas No Interconectadas-IPSE, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., es Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formato, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web			

CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA 2025

Señores:

INSTITUTO DE PLANIFICACION Y PROMOCION DE SOLUCIONES ENERGETICAS PARA LAS ZNI

Ciudad

Para efectos de los requisitos de índole tributaria contemplados en la ley 2277 del 13 de diciembre de 2022, que debo acreditar ante la entidad; manifiesto **bajo gravedad juramento** que:

1. Yo, **María José Uparela Tovar**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1018417618**, dando cumplimiento a lo establecido por el artículo 383 del Estatuto Tributario, como persona actualmente residente en Colombia certifico que:

- Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos no requieran la utilización de materiales, insumos, maquinaria o equipo especializado, por cuenta y riesgo propio en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en el periodo fiscal, razón por la cual PERTENEZCO A LA CATEGORIA DE EMPLEADO.

SI ☒ **NO** ☐

- He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por un periodo igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos.

SI ☐ **NO** ☒

2. Para la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata la Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022, y teniendo en cuenta que el Valor del UVT para el 2024 es de \$47.065, me permito:

- Certificar Que Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios durante el año 2025 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT \$ 65.891.000 o mi patrimonio bruto fue de 4500 UVT \$ 211.792.000

SI ☒ **NO** ☐

3. De acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, para efectos de disminución en la Retención en la fuente informo que:

- Intereses de Vivienda o Leasing habitacional

SI ☐ **NO** ☒ Valor anual \$ _____

Anexar Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior

El crédito ha sido otorgado a varias personas. Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8)

- Pagos por salud (Medicina Prepagada):

SI ☐ NO ☒ Valor Anual \$ _____

Anexar Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

- Aporte Cuentas AFC

SI ☐ NO ☒ Valor Mensual \$ _____

Anexar Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta.

- Aportes voluntarios a Pensión (AFP)

SI ☐ NO ☒ Valor Mensual \$ _____

Anexar Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

4. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí:

Tengo personas dependientes: SI ☒ NO ☐

No. Identificación	Nombre Completo	Parentesco	Edad
1014746758	María Sofía Ascencio Uparela	Hija	3 años

Adjuntar registro civil (acreditar parentesco), certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal (Anexar soportes según el caso).

Declaro que mi cónyuge, **José Javier Ascencio Angulo** identificado (a) con la C.C. No. **8861285 NO** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

6. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)”, por consiguiente:

- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que: SI ☐ NO ☒ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.

Certifico que los documentos soporte que presento del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión, ARL y voluntarios AFC, pagos por salud, intereses de vivienda o costo financiero de Leasing habitacional, deducción de dependientes, cumplen con los requisitos de monto y periodicidad establecidos en las normas vigentes y que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en **la declaración de renta** del año gravable 2024, para la actividad o servicio de
 ____Prestación de Servicios____

☒ **NO** tomaré costos o deducciones (se aplica retención en la fuente de acuerdo al art. 383 del ET.)
☐ **SI** tomaré costos o deducciones (se aplica retención en la fuente de acuerdo con el art. 392 del E.T: 4%, 6%, 10% ó 11% respectivamente)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del 1.2.4.1.17 del Decreto Único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta externa del 25% sobre operaciones que tienen el tratamiento tributario de pagos laborales.

De igual forma manifiesto que por el año gravable 2025:

☒ **NO** pertenezco al Régimen Simple
☐ **SI** pertenezco al Régimen Simple, por lo que se adjunta el RUT vigente, actualizado con la responsabilidad 47.

En constancia de lo anterior firmo en Bogotá, a los 3 días del mes de febrero de 2025.

Atentamente,



Firma
 Nombres Completos: María José Uparela T.
 C.C. No. 1018417618
 Tel – Cel 3005874694
 Dirección de correspondencia Calle 145 # 46 – 80 apto 206 int 7

(Recuerde que se debe actualizar las diferentes certificaciones después del 31 de marzo de cada año).



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 58504930
Serial

NUIP

1014746758

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A B C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 40 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ASCENCIO * * * * *

UPARELA * * * * *

Nombre(s)

MARIA SOFIA * * * * *

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2

0

2

1

Mes

M

A

R

Día

0

9

FEMENINO

O

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

163775998 * * * * *

Datos de 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

UPARELA TOVAR MARIA JOSE * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1018417618 * * * * *

COLOMBIA * * * * *

Datos de padre o madre (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

ASCENCIO ANGULO JOSE JAVIER * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 8861285 * * * * *

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ASCENCIO ANGULO JOSE JAVIER * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 8861285 * * * * *

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

2

1

Mes

M

A

R

Día

1

1

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ELIZABETH DIAZ MARTINEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ELIZABETH DIAZ MARTINEZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - LV T.146, F.254, NO SE IMPRIMEN HUELLAS (CIR.084 DE 01/09/2020 RNEC);11/03/2021

COMO NOTARIA CUARENTA (40)
DE ESTE CIRCULO HAGO COSTAR
QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE
CON SU ORIGINAL QUE REPOSA
EL LOS ARCHIVOS DE ESTA
NOTARIA.
BOGOTÁ D.C. 11 MAR 2021



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018417618	MARIA JOSE UPARELA TOVAR		calla 145 # 46- 80	3005874694	mariajoseuparela@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-01	2025-01	I	04/02/2025	83863997	TOTAL A PAGAR \$402.600

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	173.400	0		0		0	0	0	0	173.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	221.900	0	0	0	0	0	0		221.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.300				7.300	0	0	7.300			73	7.300	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	173.400	173.400
Pensión	1	221.900	221.900
Riesgos Laborales	1	7.300	7.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.600	402.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018417618	MARIA JOSE UPARELA TOVAR		calla 145 # 46- 80	3005874694	mariajoseuparela@gmail.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	04/02/2025	83863997	10
					TOTAL A PAGAR
					\$402.600

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1018417618	UPARELA TOVAR MARIA JOSE	59	0					N	X															231001	1.386.667	221.900	0	0	0	0	EPS008	1.386.667	173.400	14-23	1.386.667	1	7.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA