

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

1. DATOS DEL CONTRATO					
Unidad ejecutora	DANE	X	FONDANE		
Contratista	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA				
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	CC 29.683.035				
Objeto	CE_2024_DRA_BDC_TH_TU_IINT_Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar seguimiento y coordinación de campo, durante el operativo de barrido del Censo Económico Nacional Urbano en el municipio y COM asignado, así como el monitoreo del trabajo de supervisores y analistas de información asignados para cubrir las áreas de coordinación que concentre el mayor número unidades económicas verificando así los rendimientos y controlando la cobertura, además de gestionar los requerimientos presentados en el desarrollo del operativo.				
Valor del contrato	\$ 9.394.000				
Plazo del contrato	68 DÍAS				
Pago número	3 de 3				
Valor del pago	\$367.000Discriminados así: Honorarios: \$300.000, Transporte Urbano: \$27.000, Comunicaciones: \$40.000				
N° Registro Presupuestal	362524	Fecha Registro Presupuestal		25/10/2024	
Fecha aprobación garantía (si aplica)	No Aplica				
Modificaciones	No Aplica				
Fecha de inicio	29/10/2024	Fecha de terminación***		31/12/2024	
Dependencia	CENU OPERATIVO				
Lugar de ejecución	Palmira				
Supervisor – Cargo	Margarita Quintero López – profesional especializado 2028-17				

*** Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
1. Asistir al curso de entrenamiento (virtual/presencial) y dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo, así como el uso de las herramientas diseñadas para el seguimiento y control operativo.	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
2. Realizar la réplica del entrenamiento al personal seleccionado según el esquema y diseño del aprendizaje del operativo censal	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica
3. Elaborar el plan de recolección del área de coordinación asignada, realizar la delimitación de áreas de trabajo por supervisores, asignar las cargas de trabajo a los censistas en el aplicativo diseñado para este fin, y programar las zonas a visitar diariamente por cada grupo, identificando las áreas que puedan presentar inconvenientes durante la recolección y las áreas donde sea necesario realizar operativos especiales.	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
4. Revisar diariamente los rendimientos y cobertura alcanzados por cada grupo en el tablero de control, verificar la cobertura en los geovisores de seguimiento con el fin completar la cobertura y realizar los ajustes necesarios al plan de trabajo.	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
5. Realizar el seguimiento a la calidad de las encuestas, mediante la verificación de información a nivel local por medio de los analistas de información.	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
6. Coordinar y controlar el proceso diario de sincronización en las DMC, como respaldo de la	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO							
Porcentaje de ejecución física	100%						
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)					
información transmitida mediante el plan de datos, verificando el estado de transmisión. Naranja: En curso/Incompleta, Azul: Completada, Verde: Transmitida, Rojo: Cancelada, Negro: No transmitida							
7. Realizar las solicitudes de transporte multimodal de acuerdo con la planeación de recolección en los operativos de vendedores de calle, barrido y seguimiento operativo, en los tiempos establecidos para la prestación de estos servicios.	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica					
8. Entregar los informes requeridos por el coordinador del centro operativo municipal.	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA					
9. Informar al encargado de la encuesta, los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos. En todo caso el supervisor contractual tomará las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica					
10. Presentar los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo con la metodología de cada investigación.	Durante el periodo no se realizó la actividad, pero en mi tiempo de ejecución si la realice y están consignados en los informes 1 de 3 y 2 de 3.	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA					
11. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo.	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica					

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
12. Asistir puntualmente a las reuniones o reinducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica
13. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual, designadas por el supervisor del contrato.	No fue requerida para el periodo de ejecución reportado.	No Aplica

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
SALUD	Periodo reportado Diciembre	Planilla N° 1068932595 de 18/12/2024
PENSIÓN	Periodo reportado Diciembre	Planilla N° 1068932595 de 18/12/2024
ARL	Periodo reportado Diciembre	Planilla N° 1068932595 de 18/12/2024

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)	
Valor inicial	\$ 9.394.000
Valor total (incluye adiciones)	\$ 9.394.000
Valor cancelado o pagado	\$ 0
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	\$ 2.763.000
Valor por cancelar	\$ 6.631.000
Saldo por liberar	\$ 0

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿Le han reconocido pensión?	Sí ☐ NO ☒ Fondo que la reconoció:	
¿Pertenece a algún régimen especial?	Sí ☐ NO ☒	¿Cuál?:
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMMLV)	Sí ☐ NO ☒	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la respectiva resolución y la planilla de pago de Salud y ARL deberán allegarse como soporte del primer informe.

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN		Código: GCO-030-MAN-002-f-001	
			Versión: 1	

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	☐	Mensual	☐	Final	☒

- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la respectiva resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)

Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos **SÍ*** ☐ **NO**** ☒ se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 o las demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

* **SÍ:** tomar costos o deducciones o no manifestarlo, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda.

** **NO:** tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

7. VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD

Luego de consultar el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se verificó que **SÍ** ☐ **NO** ☒ se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista para el periodo del informe.
 (En caso de no tener radicados pendientes, no diligenciar)

RADICADO N°	FECHA	ASUNTO	DEPENDENCIA DE ORIGEN	JUSTIFICACIÓN DE PENDIENTE	FECHA DE VENCIMIENTO

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia. Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

8. PAZ Y SALVO DE ALMACÉN (sólo para el informe final)

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

9. OBSERVACIONES (sólo se diligencia por el supervisor del contrato, si aplica)

Para la liberación se tienen en cuenta los lineamientos operativos de la DRA (Dirección de Recolección y Acopio) donde el valor de transporte urbano del municipio de Palmira es de \$9.000

El contratista se abstiene de mantener copia, parcial o total de la información entregada durante la ejecución del contrato y usarla con fines comerciales, académicos, personales, de intercambio con otras organizaciones públicas, privadas o no gubernamentales.

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 6941849 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (29/12/2024 – Hasta (31/12/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en calidad de contratista/proveedor, declaro que toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

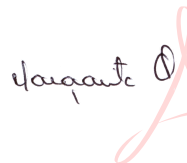
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:

Con la firma del presente informe, en calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en el desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Las publicaciones de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago serán verificadas en la plataforma o sistema de contratación pública definido. Por lo anterior, autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

(FIRMADO ELECTRONICAMENTE)
ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
 C.C. # 29683035 de Palmira

Firma:

CONTRATISTA
ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA

 Firmado digitalmente por
MARGARITA
QUINTERO LOPEZ

Firma:

Aprobó
(MARGARITA QUINTERO LÓPEZ)

(FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE)
Camilo Arango Ochoa
1113681855
Apoyo a supervisión

Firma:

Revisó



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-18, 11:54:05 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1068932595

Periodo Cotización:

diciembre de 2024

Periodo Servicio:

diciembre de 2024

Referencia pago (PIN):

8822725745

PAGADO 18/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA		
Documento	CC29683035	Dirección	CL 40 #39 A - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3182235085
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	PALMIRA	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

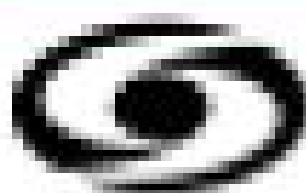
II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEMA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Microseño	Total
CC 29683035	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA	SS	00													(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.300.000	\$ 208.000	EPS0005 EPS SANITAS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	1,044	\$ 1.300.000	\$ 13.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 384.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 13.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 384.100	\$ 0	\$ 384.100





COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta
transacción Puntored Corresponsal
Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	18/12/2024
Hora	11:31:29
Terminal	369834
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8822725745
Valor	\$384,100
Transacción	001067264546
Usuario	JEIMY GUERRERO YUCO

Línea de atención personalizada en
Bogotá:

3487881 Resto del País: 01 8000 960
505

Aquí también puede pagar su tarjeta
de

credito y creditos de consumo del
Banco

Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS
(PUNTORED) para el tratamiento de
los datos proporcionados para el
envío de soportes electrónicos de
las transacciones que realice en el
punto, cuando ello sea requerido o
solicitado por el Usuario, así mismo
para realizar estudios de consumo y
analítica de datos a través de los
cuales PUNTORED pueda ampliar la
oferta financiera, comercial y de
servicios que le proporciona, para
lo cual podrá contactarlo y
adelantar campañas comerciales. Para

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-03, 08:11:58 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 29683035
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067959734
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1096060802
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 527.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 285.800	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 223.300	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 18.700	\$ 0
			SubTotales:	\$ 527.800	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 527.800



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-03, 08:19:11 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1067959734
Periodo Cotización 202411 Periodo Servicio 202411
Cliente:

PAGADA 2024-12-03

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA				
Documento	CC 29683035			Dirección	CL 40 #39 A - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3182235085
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	PALMIRA			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	VALLE DEL CAUCA
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 29683035		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				HOYOS MURCIA ANGELA MARCELA	76520000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión					Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales						
ING	RET	TOR	TAE	TOP	TAP	VOP	COB	VST	ROE	LMA	VAC	VCT	IRP	Días AFP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	25-14		16 %	\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5 %	\$ 1.786.218	\$ 223.300	\$ 0	14-23	2	1,044 %	\$ 1.786.218	\$ 18.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 18.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-09, 08:50:46 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1067238563
Periodo Cotización 202410 Periodo Servicio 202410
Cliente:

PAGADA 2024-11-09 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA						
Documento	CC 29683035			Dirección	CL 40 #39 A - 35		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3182235085		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	PALMIRA			Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 29683035		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				HOYOS MURCIA ANGELA MARCELA	76520000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Estranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
NO	RE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 18.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-09, 08:44:43 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 29683035
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067238563
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1039565617
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 527.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 285.800	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 223.300	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 18.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 527.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 527.800