

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                           |                                                                                                                                                                                                             |                      |            |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Número del Contrato:      | CO1.PCCNTR.6355951                                                                                                                                                                                          |                      |            |
| Objeto del Contrato:      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA SECRETARIA DE MOVILIDAD EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA ETAPA PRE-CONTRACTUAL EN EL MARCO DEL PLAN LOCAL DE SEGURIDAD VIAL. |                      |            |
| Contratista:              | LADY JOHANNA DIAZ BOSSA                                                                                                                                                                                     |                      |            |
| No. de Cedula             | 1.072.659.558                                                                                                                                                                                               |                      |            |
| Fecha Inicio del Contrato | 24/05/2024                                                                                                                                                                                                  | Fecha de Terminación | 23/08/2024 |
| Periodo del Informe       | 24/05/2024 al 23/06/2024                                                                                                                                                                                    |                      |            |

| DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO     |               |
|-------------------------------|---------------|
| Valor total del Contrato      | \$ 21.600.000 |
| Valor a Pagar en este periodo | \$ 7.200.000  |
| Saldo por Pagar               | \$ 14.400.000 |
| Pago No.                      | 1 de 3        |

| CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
| A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así: |                               |                                           |
| ENTIDAD CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS | FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO |
| Secretaria Movilidad Chía                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 7.200.000                  | 24/05/2024 – 23/08/2024                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                           |

| RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. |              |                                  |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|
| Tipo de aporte                                                                                                  | Planilla N°  | Mes al que corresponde el aporte | Valor Pagado |
| Salud                                                                                                           | No- 77725762 | Mayo                             | \$ 84.000    |
| Pensión                                                                                                         |              |                                  | \$ 107.600   |
| ARL                                                                                                             |              |                                  | \$ 3.600     |
| Salud                                                                                                           | No- 77725890 | Junio                            | \$ 360.000   |
| Pensión                                                                                                         |              |                                  | \$ 460.800   |
| ARL                                                                                                             |              |                                  | \$ 15.100    |

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6355951, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo 24/05/2024 al 23/06/2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                               | ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar en el presupuesto del área técnica de los procesos contractuales que cuya finalidad sea en apoyar o fortalecer el plan local de seguridad vial. | <p>En el presente informe se dan a conocer cada una de las actividades que se han realizado en pro de fortalecer el Plan Local de Seguridad Vial.</p> <p><b>27/05/2024 al 31/05/2024</b> Se realiza el apoyo y acompañamiento de la formulación de los proyectos de la secretaría de Movilidad, donde formatos suministrados por la Dirección de Planificación de Desarrollo.</p> <p><b>04/06/2024</b> Se continua con el apoyo en la proyección del presupuesto de la secretaria de movilidad, donde se realizó mesas de trabajo con el secretario de movilidad respecto a las</p> |

|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                       | <p>actividades que se van a contratar en el segundo semestre de la presente vigencia.</p>  <p><b>06/06/2024</b> Se apoyó en la realización de la solicitud de CDP para la armonización presupuestal de la secretaria de Movilidad</p>  <p><b>06/06/2024</b> Se apoyó en la elaboración de una presentación de las metas del plan de desarrollo, a petición del arquitecto Gilberto Cifuentes Torres.</p>  <p><b>11/06/2024</b> Se asiste a la reunión con el secretario de Movilidad donde se tocan temas respecto al proyecto de la secretaria de movilidad, actividades que el secretario de movilidad debe adicionar</p> |
| <p>Realizar la recopilación, sistematización y presentación de informes de gestión de conformidad a los requerimientos internos y externos (Procuraduría, Contraloría, Personería de Chía, etc.).</p> | <p>Se realizo el acta de terminación y liquidación del contrato CO1.PCCNTR.5903629, suscrito con BIOSISTEMAS Y TECNOLOGIA.</p> <p>Se realiza formato de modificación de inicio de contrato del contrato suscrito con LAURA SILVA MONTAÑO CO1.PCCNTR.6378200.</p> <p><b>12/06/2024</b> Se realiza foliación y cambio de hoja de control del contrato</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                     | <p>CO1.PCCNTR.6355951, por petición de la Oficina de Contratación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Brindar acompañamiento y apoyo a las reuniones, comités, capacitaciones y demás eventos que sean inherentes al objeto contractual, asignados por el supervisor del contrato.</p> | <p><b>24/05/2024</b> Se asiste a reunión en el consejo Territorial de Planeación, con la oficina de Planificación de Desarrollo, donde se tenía como finalidad el avance de la Política Pública de la Bicicleta, y realizar los cargues respectivos de la vigencia.</p> <p><b>03/06/2024</b> Se realizó el día de la bicicleta donde se realizó acompañamiento en cada una de las actividades propuesta de la secretaria de movilidad, respecto a la logística programada.</p>    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asesorar y apoyar a la Secretaria de Movilidad, en los asuntos propios o designados por el supervisor, para la revisión y adelantamiento de cualquier actividad administrativa o técnica en el estudio y adelantamiento de proyectos de infraestructura o servicios de sustancial importancia conforme al plan local de seguridad vial. | <p><b>05/06/2024</b> Se apoyó en el Plan de contratación de la secretaria de Movilidad, donde se modificaron ítem que se van a contratar en la vigencia.</p> <p>Se realizó matriz, para la contratación y seguimiento de los procesos, donde se debe colocar paso a paso los avances del proceso, donde se da seguimiento en el cumplimiento del plan local de seguridad vial.</p> <p><a href="https://outlook.office.com/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741">https://outlook.office.com/host/377c982d-9686-450e-9a7c-22aeaf1bc162/7211f19f-262a-42eb-a02e-289956491741</a></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Adicionalmente se adjuntan soportes (se indica si hay necesidad de anexa CD, USB, o si se entregan adjuntas)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma del contratista

**NOMBRE DEL CONTRATISTA**  
**(firma)**

Si se trata de un contrato o convenio celebrado a partir del 2024, se debe incluir únicamente el siguiente texto:

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-05              | 2024-05                          | I             | 11/06/2024               | 77725762        | \$195.200     |     |

| 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 | 84.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 84.000        | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 107.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 107.600       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 3.600                  |                  |       |                        | 3.600                 | 0         | 0                     | 3.600               |                            |                     | 36                | 3.600         | 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                              | 84.000                              | 84.000        |
| Pensión                | 1                              | 107.600                             | 107.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 3.600                               | 3.600         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 195.200                             | 195.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1072659558        | LADY JOHANNA DIAZ BOSSA |        | vereda la balsa Chia | 8626122            | johadiaz0806@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | CUNDINAMARCA         | CHÍA               |                                     |
|                     |                   |                         |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                      |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-05              | 2024-05                           | I             | 11/06/2024               | 77725762        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$195.200     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |       |          |         |                   |                       |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----------|---------|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |          |         | RIESGOS LABORALES |                       |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IOA | IOB     | IOG | IOH | IOI | IOJ | IOK | IOL   | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización        | Voluntario 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   | 1072659558            | DIAZ BOSSA LADY JOHANNA | 59        | 0       |           |                   |           | N   | X                     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |       | 230301   | 672.000 | 107.600           | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS005       | 672.000                | 84.000   | 14-11   | 672.000         | 1          | 3.600      |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                         |        |                      |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------|--------|----------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1072659558        | LADY JOHANNA DIAZ BOSSA |        | vereda la balsa Chia | 8626122            | johadiaz0806@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                         |        | CUNDINAMARCA         | CHÍA               |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                         |        |                      |                    | SI                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 11/06/2024               | 77725890        | 10        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 | \$835.900 |

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 | 360.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 360.000       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 460.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 460.800       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 15.100                 |                  |       |                        | 15.100                | 0         | 0                     | 15.100              |                            |                     | 151               | 15.100        | 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                              | 360.000                             | 360.000       |
| Pensión                | 1                              | 460.800                             | 460.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 15.100                              | 15.100        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 835.900                             | 835.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1072659558        | LADY JOHANNA DIAZ BOSSA |        | vereda la balsa Chia | 8626122            | johadiaz0806@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | CUNDINAMARCA         | CHÍA               |                                     |
|                     |                   |                         |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                      |                    | SI                                  |

| 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           |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 11/06/2024               | 77725890        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$835.900     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |                |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |     |     |         |                                |                                 |          |           |            |                      |                      |          |                   |                        |          |         |                 |            |              |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|---------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|----------|-------------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|--------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |                |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |     |     | PENSIÓN |                                |                                 |          |           |            | SALUD                |                      |          | RIESGOS LABORALES |                        |          | CCF     |                 |            | PARAFISCALES |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase exterior | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IOA | IOB | IOE     | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | 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   | 1072659558            | DIAZ BOSSA LADY JOHANNA | 59        | 0       | N         |                |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |     |     |         |                                |                                 | 230301   | 2.880.000 | 460.800    | 0                    | 0                    | 0        | 0                 | 0                      | 0        | 0       | EPS005          | 2.880.000  | 360.000      | 14-11   | 2.880.000  | 1                      | 15.100      |             | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

CERTIFICACIÓN PARA CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE PARA  
RENTAS QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y  
REGLAMENTARIA

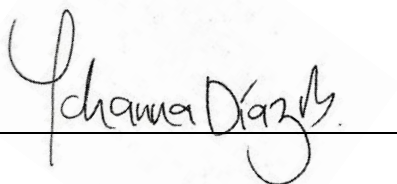
Yo, LADY JOHANNA DIAZ BOSSA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.072.659.558, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos ala parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

- ☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.
- ☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatutotributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 24 días del mes de junio de la vigencia 2024.

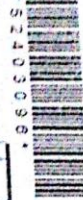
FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |  |  |                                                                                                                         |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| NUIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1.072.702.946 |  |  | Indicativo Serial                                                                                                       | 52403096 |
| <b>REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina<br>Registraduría <input checked="" type="checkbox"/> Notaría <input type="checkbox"/> Número <input type="checkbox"/> Consulado <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/> Inspección de Policía <input type="checkbox"/> Código J 9 H                                     |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía<br>COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA                                                                                                                                                                                                                                            |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos del inscrito<br>Primer Apellido Segundo Apellido<br>GALVIS DIAZ<br>Nombre(s)<br>FELIPE SANTIAGO<br>Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH<br>Año 2012 Mes JUN Día 08 MASCULINO POSITIVO<br>Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)<br>COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos<br>CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO                                                                                                                                                                                                                                                     |               |  |  | Número certificado de nacido vivo<br>11398824-6                                                                         |          |
| Datos de la madre<br>Apellidos y nombres completos<br>DIAZ BOSSA LADY JOHANNA<br>Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad<br>CC 1.072.659.558 COLOMBIA                                                                                                                                                                            |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos del padre<br>Apellidos y nombres completos<br>GALVIS RAMOS LUIS FELIPE<br>Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad<br>CC 1.072.656.141 COLOMBIA                                                                                                                                                                             |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos del declarante<br>Apellidos y nombres completos<br>GALVIS RAMOS LUIS FELIPE<br>Documento de identificación (Clase y número) Firma<br>CC 1.072.656.141 Luis Felipe Galvis R.                                                                                                                                                                  |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos primer testigo<br>Apellidos y nombres completos<br>Documento de identificación (Clase y número) Firma                                                                                                                                                                                                                                        |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Datos segundo testigo<br>Apellidos y nombres completos<br>Documento de identificación (Clase y número) Firma                                                                                                                                                                                                                                       |               |  |  |                                                                                                                         |          |
| Fecha de inscripción<br>Año 2012 Mes JUN Día 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |  |  | Nombre y firma del funcionario que autoriza<br>CARLOS ALBERTO SEGURA LABRADOR                                           |          |
| Reconocimiento paterno<br>Luis Felipe Galvis R.<br>Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |  |  | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento<br>CARLOS ALBERTO SEGURA LABRADOR<br>Nombre y firma |          |
| En el fecho del original<br>Libro: Folio:<br>Serial 12403096<br>Chía 14 JUN 2012                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |  |  |                                                                                                                         |          |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CARLOS ALBERTO SEGURA LABRADOR  
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

58582939

NUIP 1.072.676.763

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código J 9 H

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

REGISTRADURIA DE CHIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHIA

Datos del inscrito

Primer Apellido

GALVIS

Segundo Apellido

DIAZ

JUAN LUIS

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

Año

2019

Mes

FEB

Día

22

MASCULINO

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

POSITIVO

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

153438502

Datos de la 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

DIAZ BOSSA LADY JOHANNA

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.072.659.559

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GALVIS RAMOS LUIS FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.072.656.141

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GALVIS RAMOS LUIS FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.072.656.141

Firma

Luis Felipe Galvis Ramos

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

2019

Mes

MAR

Día

04

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ALBERTO SEGURA LABRADOR -

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



## CERTIFICADO

**ABEJORRAL,  
ANTIOQUIA,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**24/06/2024**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LADY JOHANNA DIAZ BOSSA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1072659558**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Número            | <b>488402230483</b> |
| Fecha de apertura | <b>12/11/2018</b>   |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

