TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINEDUCACIÓN icfes mejor saber

RESOLUCIÓN NÚMERO 000646 DE 18 SET. 2017

Por la cual se concede el disfrute de vacaciones

LA SUBDIRECTORA DE TALENTO HUMANO DEL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN – ICFES

En uso de sus atribuciones legales y reglamentarias, especialmente las conferidas por el artículo 12 del Decreto 1045 de 1978 y la Resolución No. 578 del 25 de octubre de 2011,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder quince (15) días hábiles de vacaciones a **JOSÉ GABRIEL SILVA BARROS** identificado con cédula de ciudadanía No. 72.230.454, quien desempeña el empleo Profesional Especializado Grado 04 de la Subdirección Financiera y Contable dentro de la planta del Instituto, por el año de servicios comprendido entre el 7 de abril de 2016 y el 6 de abril de 2017, las cuales serán disfrutadas entre el 17 de octubre de 2017 y el 7 de noviembre de 2017, inclusive.

ARTÍCULO SEGUNDO: El funcionario deberá reintegrarse de sus vacaciones el día 8 de noviembre de 2017.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., el día 18 SET. 2017

MARÍA MERCEDES CORCHO CARO
Subdirectora de Talento Humano

Revisó: Bibiana Munar
Elaboró: María Chiquiza

Bogotá D.C., 23 de Octubre de 2017

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001209192
Fecha Radicado: 2017-10-26 15:07:55
Anexos: 9 FOLIOS.

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Edu
Subdirección de Abastecimiento y Servicios Gener

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001209162
Fecha Radicado: 2017-10-26 15:03:42
Anexos: 9 FOLIOS

Asunto: Radicación cuenta de cobro del mes de Octubre de 2017

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de Octubre de 2017, del contrato N° 015 de 2017 bajo la supervisión de la Secretaria General.

A continuación hago relación de los documentos entregados:

- G3 – FT001 Certificado de cumplimiento.
- Cuenta de cobro.
- G3-FT004 Informe de ejecución contractual
- Certificado Medicina Pre pagada
- Copia Registro civil para efectos de deducción por dependientes Art. 387 ET
- Certificación tributaria.
- Pago de la planilla de seguridad social y aportes parafiscales

Pago de la planilla de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

Juan Carlos Ruiz Diaz Granados
C.C. 80.421.788 de Usaquén

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN MINEDUCACIÓN icfes	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	Código: G3-FT001 Versión: 1 Página 1 de 1

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación: **23/10/2017**

Contrato No:	15	**Fecha de contrato:**	**03/01/2017**		**Nombre de Contratista**	**JUAN CARLOS RUIZ DIAZ GRANADOS**			
No. de factura o documento equivalente:	10	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**	**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**80.421.788**			
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	10		**Periodo a pagar:**	**DE:**	**01/10/2017**	**A:**	**31/10/2017**

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Realizar seguimiento respectivo a la ejecucion de contratos a cargo de la subdireccion. Ejecucion del cronograma pactado por la subdireccion para el desarrollo de las actividades programadas. Ejecucion y entrega de las constancias financieras de los contratos.

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3.Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	Nombre Centro de Costo*	Monto a Pagar
CCAS02	Subdirección Financiera y Contable	5.565.346
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**5.565.346**

**Para la asignación y/o distribución del (los) Centro (s) de costos del sistema de costeo ABC del Instituto por favor tener en cuenta el instructivo G6.3.A01 "Determinación de centros de Costos"*

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO**
FIRMA:	MArango
CARGO:	**SECRETARIA GENERAL**

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. 15, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	JUAN CARLOS RUIZ DIAZ GRANADOS			**C.C. / C.E. No.:**	80.421.788	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/10/2017	**Hasta**	31/10/2017	**INFORME No.:**	**10**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	15	**Fecha de inicio**	03/01/2017	**Fecha de terminación**	31/12/2017
Objeto del Contrato: De conformidad con la cláusula **segunda**, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: Prestación de servicios profesionales para realizar la gestión y coordinación de actividades administrativas y la elaboración de informes de gestión de la Subdirección Financiera y Contable.					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CLÁUSULA SEPTIMA. VALOR DEL CONTRATO: El valor del presente contrato será la suma de **SESENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE ($66.784.152),**				**VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:** El valor ejecutado fue por la suma de **CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($5.565.346) IVA incluido,**	
SALDO DEL CONTRATO: **DIEZ Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TREITA Y OCHO PESOS M/Cte ($16.696.038,00 M/Cte),**				**PLAZO DE EJECUCIÓN:** De acuerdo a la cláusula **DECIMA** del contrato, El plazo de ejecución del contrato se contará a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el día 31 de diciembre de 2017	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	**El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:** • El **03** de **Enero** de 2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes.				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera:* **El ICFES** pagará a **EL CONTRATISTA** el valor del Contrato así: a) Un (1) primer pago por valor ***de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($5.565.346) IVA*** incluido, a la entrega de los siguientes productos: Informe de la herramienta de calendarización a enero de 2016, Informe estadísticas actualizadas de la subdirección financiera y contable para el mes de enero de 2017, Informe de los certificados de ejecución presupuesta! Expedidos en el mes de enero de 2017, b) Diez (10) pagos por valor de ***CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($5.565.346) IVA incluido***, e) un último pago por valor de ***CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y***

	CINCO MIL TRESCIENTOSCUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($5.565.346) IVA incluido, a la entrega de los siguientes productos: Informe de la herramienta de calendarización a enero de 2017, Informe estadísticas actualizadas de la subdirección financiera y contable para el mes de enero de 2017, Informe de los certificados de ejecución presupuesta! Expedidos en el mes de enero de 2017 diferenciado por conceptos de recaudo. Informe de actividades realizadas durante el mes de diciembre de 2016, la entidad realizara los pagos previa entrega de los informes o entregables de acuerdo con las actuaciones realizadas por el contratista, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Para el mes de Diciembre, además de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación y aprobación del informe final de gestión y la entrega efectiva de los elementos físicos y documentos que se dispusieron por parte del ICFES para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Las demoras en la presentación de los anteriores documentos, serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Los anteriores pagos, están sujetos a las fechas dispuestas por la Subdirección Financiera y Contable.

PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA*: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. Cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor
1	25/01/2017	CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2017	5.565.346,00
2	22/02/2017	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2017	5.565.346,00
3	21/03/2017	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2017	5.565.346,00
4	25/04/2017	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2017	5.565.346,00
5	17/05/2017	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2017	5.565.346,00
6	16/06/2017	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2017	5.565.346,00
7	18/07/2017	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2017	5.565.346,00
8	22/08/2017	CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2017	5.565.346,00
9	19/09/2017	CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2017	5.565.346,00

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
										X		

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Apoyar seguimiento y actualización del cuadro de estadísticas de las diferentes ares de la subdirección financiera y contable	**100%**
2	Apoyar el área de presupuesto en la expedición de los certificados de ejecución presupuestal	**100%**
3	Desarrollar las labores que le sean asignadas para la correcta ejecución del objeto y las Obligaciones contractuales.	**100%**
4	Mantener la objetividad en todas las evaluaciones, aportes, hallazgos y evidencia que soporten el objeto y las obligaciones del presente contrato.	**100%**

5	Prestar sus servicios profesionales de acuerdo con las normas propias de su profesión o actividad.	**100%**

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

1	Elaboración actualización del cuadro de estadísticas de las diferentes ares de la Subdirección financiera y contable.
2	Entrega de la solicitud de constancia de ejecución financiera del contrato y otras solicitudes por los diferentes contratistas del Instituto
3	Apoyo a Contabilidad con referencia a la creación de terceros en SEVEN y ORACLE
4	Apoyo en la expedición de certificados de retención en la fuente

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

***MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO** , en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,*

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el **23 de Octubre de 2017**

Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá, 23 de Octubre de 2017

Cuenta de Cobro N° 10

El Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES

Nit. 860.024.301-6

Debe a:

Juan Carlos Ruiz Díaz Granados

C.C. N° 80.421.788 de Usaquén.

La suma de:

Cinco millones quinientos sesenta y cinco mil trescientos

cuarenta y seis pesos

M/cte. ($5.565.346,00)

Por concepto de: Decimo pago del 01/10/2017 al 31/10/2017 correspondiente a la prestación de servicios profesionales administrativos y financieros según lo pactado en el contrato número 015 de 2017.

Anexo:

Certificado del contrato N° 366890 con MedPlus correspondiente Medicina Prepagada del periodo de 01/01/2016 al 31/12/2016, para efectos del descuento para retención.

Registro Civil expedido el 24 de Abril de 2014.

Régimen Simplificado

Davivienda
Cta. de Ahorros N° 450800178169

Cordialmente;

JUAN CARLOS RUIZ DIAZ GRANADOS.
C.C N° 80.421.788
CONTRATISTA

Bogotá D.C., 23 de Octubre de 2017

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de Octubre de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del artículo 383 del Estatuto Tributario para la retención en la fuente como independiente por rentas de trabajo.

Conforme con los decretos 4713 de 2005, 2271 de 2009; la Ley 1819 del 2016 y demás normas concordantes y complementarias, les solicito tener en cuenta las disminuciones de mi base de retención así:

1. Dependiente: Hijo: Juan José Ruiz Rodríguez RC N° 1014886349.

2. Medicina prepagada o seguro de salud MedPlus a mi nombre, en la que se benefician mi esposa (o), Ana Beatriz Rodríguez cedula 64.578.278 y mi hija (o), Juan José Ruiz Rodríguez cuyo certificado anexo. (Artículo 6 Decreto Regulatorio 4713 del 2005).

3. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARL - PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo, del mes de Octubre de 2017, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

JUAN CARLOS RUIZ DIAZ GRANADOS
C.C. 80.421.788 de Usaquén

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014886349

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53346772

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	52				A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	RODRIGUEZ

Nombre(s): JUAN JOSÉ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ABR Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12784688-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ D'LUYZ ANA BEATRIZ

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 64578278 DE SINCELEJO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RUIZ DIAZ GRANADOS JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80421788 DE USAQUEN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RUIZ DIAZ GRANADOS JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80421788 DE USAQUEN	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes ABR Día 24	EUGENIO GIL GIL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-6 TEL. 420 2110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA CINCUENTA Y DOS DE BOGOTÁ D.C.

Esta fotocopia reproduce al Folio original que reposa en nuestro archivo. Se expide bajo recibo del interesado (a) para demostrar parentesco conforme al ART. 115 del Decreto 1260 de 1970. Tiene validez permanente (ART. 21 Parágrafo, Ley 962 de 2005).

BOGOTA D.C.: 25 ABR. 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARÍA 52 BOGOTÁ CLAUDIA ESPINOSA NOTARIA (E)

NOTARIO

MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.
NIT. 900178724-3
CERTIFICA

Que el titular del contrato en mención canceló directamente los valores abajo discriminados por concepto de su plan de Medicina Prepagada.

CONTRATO	366890		
TITULAR	JUAN CARLOS RUIZ DIAZ GRANADOS	**IDENTIFICACION**	CC 80421788
TOTAL PAGO	ocho millones quinientos ochenta y cuatro mil ciento setenta pesos con cero centavos ($8.584.170,00)		

CONCEPTO	VALOR	IVA	TOTAL
CUOTAS CONTRATO	$8.175.400,00	$408.770,00	$8.584.170,00
BONOS	$0,00	$0,00	$0,00
TOTAL	**$8.175.400,00**	**$408.770,00**	**$8.584.170,00**

Los valores mencionados anteriormente corresponden al periodo de 01 ene 2016 hasta 31 dic 2016 , el cual ampara a las siguientes personas de su grupo familiar:

NOMBRE	IDENTIFICACION	FECHA VIGENCIA	PARENTESCO
RUIZ DIAZ GRANADOS JUAN CARLOS	CC 80421788	08 may 2014	Contratante
RUIZ RODRIGUEZ JUAN JOSE	RC 1014886349	08 may 2014	Hijo
RODRIGUEZ DLUYZ ANA BEATRIZ	CC 64578278	01 abr 2006	Conyuge

De acuerdo con el Régimen de impuesto a la Renta y Complementarios en su D.R. 3803 de 2003, Art.2.,'... los asalariados podrán optar por disminuir la base mensual de retención en la fuente, con el valor efectivamente pagado por el trabajador en el año inmediatamente anterior, por concepto de salud del trabajador, su cónyuge y hasta dos hijos, de que trata el Art. 387 del Estatuto Tributario.'

Esta certificación se expide en Bogota, el martes 10 enero de 2017

Cordialmente,

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el articulo 10 del D.R. 836 de 1991.,

aportes en línea
NIT. 900147238-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80421788		RUIZ DIAZ GRANADOS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 19a # 103-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524282	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-10	2017-10	289694399	8471301964	I	2017/10/23	2017/10/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$646,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$356,200	$0	$0	$356,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$356,200	$0	$0	$356,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,700	$0	$0	$11,700
LIBERTY	14-18	860,008,645	7	1	$11,700	$0	$0	$11,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$278,300	$0	$0	$278,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$278,300	$0	$0	$278,300
TOTAL				1	$646,200	$0	$0	$646,200

PAGADO

aportes en línea
NIT. 900147238-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80421788		RUIZ DIAZ GRANADOS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 19a # 103-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524282	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-10	2017-10	289694399	8471301964	I	2017/10/23	2017/10/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$646,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,226,138	$356,200			$2,226,138	$278,300			$0	$0			$2,226,138	$11,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,226,138	$356,200			$2,226,138	$278,300			$0	$0			$2,226,138	$11,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,226,138	$356,200			$2,226,138	$278,300			$0	$0			$2,226,138	$11,700		$0	$0
1	CC 80421788	RUIZ JUAN	231001	30	$2,226,138	$356,200	EPS005	30	$2,226,138	$278,300		0	$0	$0	14-18	30	$2,226,138	$11,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,226,138	$356,200			$2,226,138	$278,300			$0	$0			$2,226,138	$11,700		$0	$0

PAGADO

2017/10/23 09:15 AM