TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001114622
Fecha Radicado: 2017-09-21 16:06:57
Anexos: 7 ANEXOS

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001114652
Fecha Radicado: 2017-09-21 16:09:02
Anexos: 7 FOLIOS

Bogotá, 19 de septiembre de 2017

Doctor
Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales
ICFES

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, i
trámite de pago N°6 del Contrato 129 de 2017.

Cordial saludo,

Con el objetivo de tramitar el pago N°6 del Contrato 129 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre el 19 de septiembre y el 30 de septiembre de 2017, así:

- ✓ Certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado
- ✓ Informe mensual de actividades
- ✓ Cuenta de cobro
- ✓ Solicitud de deducciones
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales

Cordialmente,

BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS
C.C. 52.749.210 de Bogotá

TODOS POR UN NUEVO PAÍS	**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: **20/09/2017**

Contrato No:	129	**Fecha de contrato:**	**23/01/2017**				**Nombre de Contratista**	**BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS**		
No. de factura o documento equivalente:	6	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**52.749.210**		
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	6				**Periodo a pagar:**	**DE:** **19/09/2017**	**A:**	**30/09/2017**

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.**

Durante el mes de septiembre se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Actualizar la información de los sitios reqeridos en las regiones asignadas. 2. Realizar procesos de confirmación de sitios para la prueba Saber Pro, Saber TyT, Arquitectura, Asenso patrulleros. 3. Apoyo en la confirmación de discapacitados Saber Pro y Saber TyT en las regiones asignadas. 4. Realizar monitoreo de inscripción Sabr Pro TyT y Policia Nacional Patrulleros. 5. Asistir a reuniones programadas por la Subdirección de Aplicación de Instrumentos , la Dirección de Producción y Operaciones y el grupo de Registro y Citación.

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**
CCMP04	Subdirección de aplicación de instrumentos		1.935.360
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**1.935.360**

**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:	**Mery Helen Arias Roldan**
FIRMA:	MERY HELEN ARIAS
CARGO:	**SUBDIRECTORA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS**

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. 129-2017, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	BIBANA EMILCE PUERTA RAMOS			**C.C. / C.E. No.:**	52.749.210	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	19/09/2017	**Hasta**	30/09/2017	**INFORME No.:**	**6**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	129	**Fecha de inicio**	23/01/2017	**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: ""Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES".*					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula sexta del contrato, el valor del mismo fue por la suma de Cincuenta y ocho Millones sesenta mil ochocientos pesos ($58.060.800) MCTE, precio correspondiente a 8.4 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2017.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de veinticuatro millones ciento noventa y dos mil Pesos ($24.192.000) MCTE.*	
SALDO DEL CONTRATO: treinta y tres millones ochocientos sesenta y ocho mil ochocientos ***pesos ($33.868.800) M/CTE.***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **novena** del contrato, el plazo del mismo se pactó en doce **(12)** meses, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio.*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El 23 de enero de 2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El contrato no ha sido prorrogado.* • *El contrato se suspendió del 1 de junio al 18 de septiembre.*				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula Séptima del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El ICFES pagara al el contratista el valor del contrato de la siguiente manera:* *1) Un primer pago para el mes de enero por valor de Cuatro Millones Ochocientos*

Treinta Y Ocho Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte. ($4.838.400) IVA incluido, contra entrega del plan de trabajo para la aplicación de la prueba Saber 11-B en la región asignada.

2) Once (11) mensualidades vencidas por valor de Cuatro Millones Ochocientos Treinta Y Ocho Mil Cuatrocientos Pesos m/cte. ($4.838.400) IVA incluido, correspondientes a los servicios prestados entre los meses de febrero y diciembre de 2016.

Los anteriores valores serán pagados por la entidad 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.

***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	Entrega del plan de trabajo para la aplicación de la prueba Saber 11-B en la región del Valle del Cauca y Bogotá.	$4.838.400
2	25/01/2017	Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES	$4.838.400
3	17/03/2017	Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES	$4.838.400
4	25/04/2017	Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES	$4.838.400
5	23/05/2017	Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES	$4.838.400

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

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	**Actualizar la información de los sitios requeridos en las regiones asignadas.**	**100%**

2	**Realizar procesos de confirmación de sitios para la prueba Saber Pro, Saber TyT, Arquitectura, Asenso patrulleros**	**100%**
3	**Apoyo en la confirmación de discapacitados Saber Pro y Saber TyT en las regiones asignadas**	**100%**
4	**Realizar monitoreo de inscripción Saber Pro TyT y Policía Nacional Patrulleros**	**100%**
5	**Asistir a reuniones programadas por la Subdirección de Aplicación de Instrumentos, la Dirección de Producción y Operaciones y el grupo de Registro y Citación.**	**100%**

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

1	**Informes requeridos con la consolidación de información de sitios y discapacitados confirmados para las pruebas Saber Pro TyT, Arquitectura, Asenso patrulleros.**

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor Mery Helen Arias Roldan 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.

Mery Helen Arias Roldan, 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

Se deja constancia que el objeto y las demás obligaciones adquiridas en desarrollo del contrato, se han cumplido hasta la fecha a satisfacción por las partes, como consta en la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida en su momento, para efectos de desembolsar al Contratista el pago respectivo.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el **(19)** de **(09)** de **(2017)**

Elaboró BIBIANA E. PUERTA RAMOS	Revisó Yuri Andrea García	MERY HELEN ARIAS Aprobó Mery Helen Arias R.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN MINEDUCACIÓN icfes	**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

INFORME DE SEPTIEMBRE DE 2017	**No. De Informe 06 de 12**

No. del Contrato	129	**No Documento Identidad**	52.749.210
Nombre del Contratista	BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS		

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividaes de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES

OBLIGACION CONTRACTUAL	**ACTIVIDAD DESARROLLABLE**
Apoyar labores de coordinación, programación, gestión, y seguimiento a la implementación de los procesos y procedimientos de aseguramiento de recursos físicos, humanos y de infraestructura requeridos para la aplicación de las pruebas en las regiones que le sean asignadas.	Actualizar la información de los sitios reqeridos en las regiones asignadas.
	Realizar procesos de confirmación de sitios para la prueba Saber Pro, Saber TyT, Arquitectura, Asenso patrulleros
	Apoyo en la confirmación de discapacitados Saber Pro y Saber TyT en las regiones asignadas
	Realizar monitoreo de inscripción Sabr Pro TyT y Policia Nacional Patrulleros
	ENTREGABLES: Informes requeridos con la consolidación de información de sitios y discapacitados confirmados.

Asistir a reuniones programadas por la Subdirección de Aplicación de Instrumentos , la Dirección de Producción y Operaciones y el grupo de Registro y Citación.

FIRMA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO	
Vo.Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO	MERY HELEN ARIAS

VoBo Martha Vásquez

Bogotá D.C., 19 septiembre de 2017

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION – ICFES

DEBE A:

BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS

C.C. 52.749.210 de BOGOTÁ

LA SUMA DE: ***UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS ($1.935.360)***

Por concepto de Prestar los servicios profesionales para llevar a cabo el apoyo en la coordinación de las actividades de planeación, operativas y logísticas para la aplicación de pruebas a cargo del ICFES."

Favor consignar el monto total del pago, en la siguiente cuenta:

- Banco: Bancolombia
- Cuenta de ahorros: 192-289912-39

De conformidad con el decreto 2271 del 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4°), me permito solicitar la reducción de la bases de la retención correspondiente a los pagos obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, valor que se debe aplicar a la cuenta adjunta, en ejecución del **Contrato No. 129 de fecha (23/01/2017),** celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponden a los ingresos provenientes del Contrato.

BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS
C.C. 52.749.210 de Bogotá

Bogotá D.C., 19 de septiembre del 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 septiembre 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. Dependientes: Ángel Esteban Gutiérrez Puerta RC: 1141521605
   Gabriel Santiago Gutiérrez Puerta RC: 1011329763
2. 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 septiembre de 2017, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).
3. Medicina prepagada o seguro de salud Plan FeSalud AXA Colpatria a mi nombre, en la que se benefician mis hijos Ángel Esteban Gutiérrez Puerta y Gabriel Santiago Gutiérrez Puerta, cuyo certificado del año anterior anexo. (Artículo 6 Decreto Regulatorio 4713 del 2005).

Cordialmente,

BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS
C.C. 52.749.210 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 56053483

56053483

NUIP: 1011329763

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 62 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1072

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: GUTIERREZ
Segundo Apellido: PUERTA
Nombre(s): GABRIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes JUN Día 01
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 14142148-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PUERTA RAMOS BIBIANA EMILCE
Documento de identificación (Clase y número): CC 52749210 de BOGOTA D.E.
Nacionalidad: COLOMBIANO(A)

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ MESA DIEGO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 80054115 de BOGOTA D.E.
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ MESA DIEGO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 80054115 de BOGOTA D.E.
Firma:

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 2017 Mes JUN Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SANDY CATHERINE DUSSAN MORENO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

1
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

SANDY CATHERINE DUSSAN MORENO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~ACTO INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 51 FOLIO 119 DE 08/06/2017 DE LA NOTARIA 62 DE BOGOTA D.C.~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IDENTIFICO Y CONTROLO JUDICIALMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
Sandy Catherine Dussan
EL CIRCULO DE BO

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141521609

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43862823

43862823

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 69 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	PUERTA

Nombre(s): ANGEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes 01 Día 15	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-BOGOTA-DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	104354727

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PUERTA RAMOS BIBIANA EMILCE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 62749210 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ MESA DIEGO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80054115 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ MESA DIEGO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80054115 DE BOGOTA	

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 2010 Mes 01 Día 19	MARIA [illegible] BOGOTA D.C. Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A.
N.I.T. 900.640.334 - 5

CERTIFICA:

Que durante el año gravable 2016, el Sr(a) BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS, identificado(a) con CC No. 52749210 canceló la suma de ($ 1.234.464,00) UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS por el contrato de medicina prepagada No 152132620000 con los siguientes beneficiarios:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TIPO IDENT.	IDENTIFICACIÓN	VR. ANUALIZADO
ANGEL ESTEBAN GUTIERREZ PUERTA	HIJO(A)	RC	1141521605	1.075.012
TOTAL VALOR ANUALIZADO				**1.075.012**

El valor que se deberá tomar para efectos de deducción de retención en la fuente, es estrictamente el valor cancelado informado en la parte superior del presente documento.

NOTA: El valor reportado como cancelado incluye IVA, el cual a partir del 01 de Enero de 2013 es del 5% según norma vigente.

Se expide esta certificación en Bogotá D.C. a los (23) VEINTITRES días del mes de MAYO de 2017.

AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS	**NIT:**	52749210
Tipo Planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2017
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2017
Número de Radicación:	22406885	**Total a pagar:**	$10,400
Fecha de vencimiento:	05/09/2017	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	20/09/2017	**Número de Administradoras:**	1

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	999860066 427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electrónico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	283329867
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-18	860008645	Liberty Seguros de Vida	1		$0	$10,400
						$10,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 22406885, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS	**NIT:**	52749210
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2017
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2017
Número de Radicación:	21951383	**Total a pagar:**	$551,700
Fecha de vencimiento:	05/09/2017	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	24/08/2017	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	999860066[illegible]427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electr[illegible]nico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	277796055
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-18	860008645	Liberty Seguros de Vida	1		$0	$0
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$309,700
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$242,000
						$551,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52749210	BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS		CARRERA 8 N 46 65	3106189400	bibiana.puertar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017	I	24/08/2017	21951383	$551.700

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	242.000	0		0		0	0	0	0	242.000	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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004-7	309.700	0	0	0	0	0	0		309.700	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										
14-18	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	0				0	0	0	0			0	0	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	242.000	242.000
Pensión	1	309.700	309.700
Riesgos Laborales	1	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	551.700	551.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52749210	BIBIANA EMILCE PUERTA RAMOS		CARRERA 8 N 46 65	3106189400	bibiana.puertar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017		24/08/2017	21951383	$551.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Custod. extranjero	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52749210	PUERTA RAMOS BIBIANA EMILCE	59	0			N											X						25-14	1.935.360	309.700	0	0	0	0	EPS002	1.935.360	242.000	14-18	1.935.360	1	0		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información