Bogotá, D, C., 25 de Octubre de 2017

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20172001203402
Fecha Radicado: 2017-10-25 14:05:59
Anexos: 7 ANEXOS.

Doctora
María Sofía Arango Arango
Subdirectora de Abastecimiento y S
Instituto Colombiano para la Evalu
Ciudad,

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20172001203412
Fecha Radicado: 2017-10-25 14:06:56
Anexos: 7 ANEXOS.

Respetada Doctora,

De manera atenta, hago entrega de los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de Septiembre de 2017 del contrato **142** de **2017**, de acuerdo a la siguiente relación:

1. Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado.
2. Informe de ejecución contractual.
3. Copia Cuenta de Cobro.
4. Copia Carta solicitud de deducciones y soportes (en caso que aplique).
5. Copia Comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales.

Cordialmente,

VIVIANA MESA MUÑOZ
C.C: 52366817

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: 25/10/2017

Contrato No:	142	**Fecha de contrato:**	**18/01/2017**		**Nombre de Contratista**	**VIVIANA MESA MUÑOZ**			
No. de factura o documento equivalente:	10	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**	**NO**	**NIT / C.C contratista:**	**52.366.817**			
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.**

Prestación de servicios profesionales para gestionar y coordinar el diseño y construcción de módulos del área de Salud de las Pruebas de Estado, así como apoyar las actividades de validación, divulgación, aplicación, entre otras relacionadas con las pruebas a su cargo. Los productos a entregar son los siguientes:

1. Revisar y ajustar los ítems del módulo de atención en salud de Saber Pro a través de la plataforma Prisma.
2. Revisar y ajustar los ítems del módulo de promoción en salud y prevención de la enfermedad de Saber pro a través de la plataforma Prisma.
3. Revisar y ajustar los ítems del módulo de promoción en salud y prevención de la enfermedad de Saber T&T a través de la plataforma Prisma.
4. Revisar y ajustar los ítems del módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral de Saber pro a través de la plataforma Prisma.
5. Realizar la segunda validación de preguntas para el módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral, la cual se llevó a cabo en el Icfes, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.
6. Realizar una validación preguntas para el módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral, con estudiantes la cual se llevó a cabo en el Icfes con la asistencia de las asesoras de la asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.
7. Realizar la revisión de claves del armado del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT, para núcleo común y para pilotos.
8. Realizar la revisión de claves del armado del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.
9. Realizar la revisión de claves del armado del módulo de Atención en salud de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.
10. Realizar la revisión de claves del armado del módulo de Diagnóstico y tratamiento en salud oral de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.
11. Revisar y ajustar los ítems piloto del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT aplicados en 2017-2, lo cual se realizó con los dos asesores de la prueba.
12. Documentar y hacer seguimiento a las actividades y procedimientos de los procesos de diseño y construcción de pruebas, de acuerdo con el sistema de gestión de la calidad.
13. Asistir a la reunión de Pre-Comité técnico Módulo Promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Saber TyT, realizada por la Subdirección de Diseño de instrumentos.
14. Participar y realizar las actividades propias del gestor de pruebas para el primer Comité técnico módulo promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Saber TyT, realizada por la Subdirección de Diseño de instrumentos.
15. Realizar la primera validación de preguntas del módulo Atención en salud la cual se llevó a cabo en el Icfes, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.

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
PRBR03	Banco de ítems Saber Pro	6.227.968
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**6.227.968**

**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:	**LUIS JAVIER TORO BAQUERO**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirector de Producción de Instrumentos**

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN MINEDUCACIÓN icfes	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004 Versión: 1

*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.**142**, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	VIVIANA MESA MUÑOZ			**C.C. / C.E. No.:**	52366817	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/10/2017	**Hasta**	31/10/2017	**INFORME No.:**	**10**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	**142**	**Fecha de inicio**	**18/01/2017**	**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 gestionar y coordinar el diseño y construcción de módulos del área de Salud de las Pruebas de Estado, así como apoyar las actividades de validación, divulgación, aplicación, entre otras relacionadas con las pruebas a su cargo.".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula Septima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS (74.735.616) MCTE**, precio correspondiente a 108,39810575019399 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2016.*	***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de **CINCUENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS DOCE PESOS (56.051.712) MCTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS (18.683.904) M/CTE.***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **Decima** 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 **18/01/2017** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *Él **N/A** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **142**.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*

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 al Contratista el valor del contrato así: I) Un (1) primer pago por valor de SEIS MILLONES DOSCIENTOS VIENTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 6.227.968) IVA incluido para el mes de enero, contra entrega del Informe que relacione su gestión respecto a la revisión y validación de preguntas de Saber 11 y Saber Pro y II) Once (11) pagos por valor de SEIS MILLONES DOSCIENTOS VIENTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 6.227.968) incluido IVA. Valores que 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. 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	24/01/2017	Cuenta de cobro Enero de 2017	$6.227.968
2	22/02/2017	Cuenta de cobro Febrero de 2017	$6.227.968
3	16/03/2017	Cuenta de cobro Marzo de 2017	$6.227.968
4	26/04/2017	Cuenta de cobro Abril de 2017	$6.227.968
5	19/05/2017	Cuenta de cobro Mayo de 2017	$6.227.968
6	20/06/2017	Cuenta de cobro Junio de 2017	$6.227.968
7	25/07/2017	Cuenta de cobro Julio de 2017	$6.227.968
8	23/08/2017	Cuenta de cobro Agosto de 2017	$6.227.968
9	20/09/2017	Cuenta de cobro Septiembre de 2017	$6.227.968
10			$
11			$
			$

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	Revisar y ajustar los ítems del módulo de atención en salud de Saber Pro a través de la plataforma Prisma.	75 %
2	Revisar y ajustar los ítems del módulo de promoción en salud y prevención de la enfermedad de Saber pro a través de la plataforma Prisma.	95 %
3	Revisar y ajustar los ítems del módulo de promoción en salud y prevención de la enfermedad de Saber T&T a través de la plataforma Prisma.	65 %
4	Revisar y ajustar los ítems del módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral de Saber pro a través de la plataforma Prisma.	90 %
5	Realizar la segunda validación de preguntas para el módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral, la cual se llevó a cabo en el Icfes, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.	100 %
6	Realizar una validación preguntas para el módulo de diagnóstico y tratamiento en salud oral, con estudiantes la cual se llevó a cabo en el Icfes con la asistencia de las asesoras de la asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.	100 %
7	Realizar la revisión de claves del armado del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT, para núcleo común y para pilotos.	100 %
8	Realizar la revisión de claves del armado del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.	100 %
9	Realizar la revisión de claves del armado del módulo de Atención en salud de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.	100 %
10	Realizar la revisión de claves del armado del módulo de Diagnóstico y tratamiento en salud oral de Saber Pro, para núcleo común y para pilotos.	100 %
11	Revisar y ajustar los ítems piloto del módulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Saber TyT aplicados en 2017-2, lo cual se realizó con los dos asesores de la prueba.	100 %
12	Documentar y hacer seguimiento a las actividades y procedimientos de los procesos de diseño y construcción de pruebas, de acuerdo con el sistema de gestión de la calidad.	100 %
13	Asistir a la reunión de Pre-Comité técnico Módulo Promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Saber TyT, realizada por la Subdirección de Diseño de instrumentos.	100 %
14	Participar y realizar las actividades propias del gestor de pruebas para el primer Comité técnico módulo promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Saber TyT, realizada por la Subdirección de Diseño de instrumentos.	100 %
15	Realizar la primera validación de preguntas del módulo Atención en salud la cual se llevó a cabo en el Icfes, y es necesaria para el cumplimiento del programa de construcción de la vigencia.	100 %
16		
17		
18		

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

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor ***LUIS JAVIER TORO BAQUERO*** *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.*

LUIS JAVIER TORO BAQUERO, *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 **25** de **octubre** de **2017**

Elaboró	Revisó	Aprobó

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

VIVIANA MESA MUÑOZ
CC. No. 52366817

LA SUMA DE: **SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS ($6.227.968)**

Por concepto de entrega del producto denominado:

Prestación de servicios profesionales para gestionar y coordinar el diseño y construcción de módulos del área de Salud de las Pruebas de Estado, así como apoyar las actividades de validación, divulgación, aplicación, entre otras relacionadas con las pruebas a su cargo.

Favor consignar a la cuenta de Ahorros No. 24039269810 del Banco Caja Social.

VIVIANA MESA MUÑOZ
CC. No. 52366817

Bogotá, D.C., 25 de Octubre de 2017

Bogotá D.C., 25 de octubre 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 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: Hija menor de 18 años de edad que es dependiente económicamente. Valentina Mesa Muñoz con registro civil 1028499946, adjunto a esta comunicación copia del registro civil.
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 octubre, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

VIVIANA MESA MUÑOZ
C.C. 52366817 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

19811954-5

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53537147

NUIP 1.028.499.946

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: REGISTRADURIA DE CHAPINERO- CL CAFAM - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido: MESA
Segundo Apellido: MUÑOZ
Nombre(s): VALENTINA
Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes OCT Día 23
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11717148-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MESA MUÑOZ VIVIANA
Documento de identificación (Clase y número): CC 52.366.817
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MESA MUÑOZ VIVIANA
Documento de identificación (Clase y número): CC 52.366.817
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 2012 Mes OCT Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

24.OCT.2012 - ACTA COMPLEMENTARIA NACIDO VIVO ACTA COMPLEMENTARIA NC.

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO (ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970). TIENE VIGENCIA PERMANENTE (ART. 2 DEC. 2189 DE 1983) EXENTO DE SELLO (ART. 11 DEC 2150 DE 1995).

Fecha de Expedición 21 SET. 2016

ERIKA MARTINEZ DE LA CRUZ
Registradora Auxiliar de Chapinero

Scanned by CamScanner

aportes en linea
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 52366817		MESA MUÑOZ VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRR 19 N. 63 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2491281	No

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	286074917	8470608363	I	2017/10/05	2017/10/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$738,100

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)					$2,491,187	$398,600			$2,491,187	$311,400			$2,491,187	$15,000			$2,491,187	$13,100		$2,491,187	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,491,187**	**$398,600**			**$2,491,187**	**$311,400**			**$2,491,187**	**$15,000**			**$2,491,187**	**$13,100**		**$2,491,187**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$2,491,187**	**$398,600**			**$2,491,187**	**$311,400**			**$2,491,187**	**$15,000**			**$2,491,187**	**$13,100**		**$2,491,187**	**$0**
1	CC 52366817	MESA VIVIANA	230201	30	$2,491,187	$398,600	EPS017	30	$2,491,187	$311,400	CCF24	30	$2,491,187	$15,000	14-18	30	$2,491,187	$13,100	30	$2,491,187	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$2,491,187**	**$398,600**			**$2,491,187**	**$311,400**			**$2,491,187**	**$15,000**			**$2,491,187**	**$13,100**		**$2,491,187**	**$0**

PAGADO

2017/10/04 07:33 PM

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 52366817		MESA MUÑOZ VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRR 19 N. 63 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2491281	No

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	286074917	8470608363	I	2017/10/05	2017/10/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$738,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$398,600	$0	$0	$398,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$398,600	$0	$0	$398,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,100	$0	$0	$13,100
LIBERTY	14-18	860,008,645	7	1	$13,100	$0	$0	$13,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,000	$0	$0	$15,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,000	$0	$0	$15,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$311,400	$0	$0	$311,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$311,400	$0	$0	$311,400
TOTAL				1	$738,100	$0	$0	$738,100

PAGADO

2017/10/04 07:33 PM