TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Destino: SUBDIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE

No 20172001113152
Fecha Radicado 2017-09-21 12:36:01
Anexos 8 FOLIOS

Bogotá D.C., septiembre 21 de 2017

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No 20172001113142
Fecha Radicado 2017-09-21 12:34:05
Anexos 8 FOLIOS

Doctor (a)
Subdirector (a) de Abastecimiento y Servicios Gene
ICFES

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 6 – Contrato 299 de 2017

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 6 del Contrato 299 de 2017, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 01 de septiembre y el 30 de septiembre de 2017, así:

- ✓ Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado
- ✓ Copia de la cuenta de cobro
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Copia Carta solicitud de deducciones

Cordialmente,

OLGA MILENA CALVO CORREA
Contratista CPS N° 299 de 2017

Anexos

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: **21/09/2017**

Contrato No:	299	**Fecha de contrato:**	**24/03/2017**			**Nombre de Contratista**	**Olga Milena Calvo Correa**		
No. de factura o documento equivalente:	6	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.032.390.146**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	6			**Periodo a pagar:**	**DE:** **01/09/2017**	**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.**

Reporte de actividades realizadas en el mes de septiembre:

1. Asistencia a reuniones de:
   1. Revisión denominación de series, subseries y tipologias documentales - TRD ICFES Subdirección de Diseño de instrumentos (Sesión No 1)
   2. Continuación Revisión Avances Calidad Diseño de Instrumentos
   3. Revisión denominación de series, subseries y tipologias documentales - TRD ICFES Subdirección de Diseño de instrumentos (Sesión No 2)
   4. Revisión PAA 2018
   5. Revisión anteproyecto de ppto direval y subdirecciones
   6. Comité rendición de cuentas
   7. Grupo gestor agosto
   8. Diligenciamiento BIA - SP B1
   9. Reunión revisión PNC con la OAP
2. Seguimiento a la contratación de la vigencia 2017 entre la Universidad de Los Andes y el Icfes
3. Hacer seguimiento al proceso de liquidación del contrato con la Universidad de Los Andes de la vigencia 2016
4. Realizar la revisión correspondiente a las cuentas de cobro de los contratistas de la SDI
5. Realizar el seguimiento respectivo a las comunicaciones y solicitudes de información que se soliciten a la Subdirección de Diseño de Instrumentos por medio del aplicativo ORFEO.
6. Apoyar la revisión del presupuesto 2018
7. Recopilación de los comentarios de los procesos y procedimientos de la SDI
8. Tramotar solicitudes de alimentación, refrigerios y pagos de comisionados, que se requieren de acuerdo a lo contratado con el operador Corpoeducación
9. Realizar el seguimiento respectivo a las solicitudes de información que se soliciten a la Subdirección de Diseño de Instrumentos por medio de los aplicativos SEVEN y ORACLE
10. Actuar como gestora de calidad por medio de la estandarización y actualización de los procedimientos propios de la Subdirección de Diseño de Instrumentos en el aplicativo correspondiente, así como en la asistencia de las reuniones programadas por la Oficina Asesora de Planeación.
11. Tramitar solicitudes para llevar a cabo los seminarios de la Dirección de Evaluación
12. Remitir las necesidades de TI para la vigencia 2018
13. Revisar y remitir para revisión de la subdirectora la información de activos de información, de acuerdo a la solicitud realizada a los gestores de SI
14. Revisar los CCD de la SDI de acuerdo a las solicitudes recibidas
15. Revisión y seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la SDI

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**
CCMV02	Subdirección diseño de instrumentos		4.096.000
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**4.096.000**

**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:	**LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTORA DE DISEÑO 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. 299, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	OLGA MILENA CALVO CORREA				**C.C. / C.E. No.:**	1.032.390.146	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**01/SEPT/2017**	**Hasta**	**30/SEPT/2017**		**INFORME No.:**	**6**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	299	**Fecha de inicio**	24/MARZO/2017	**Fecha de terminación**	31/DICIEMBRE/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 apoyar las actividades administrativas y de gestión de calidad a cargo de la Subdirección de Diseño de Instrumentos, el seguimiento a la ejecución de proyectos misionales y los procedimientos establecidos por la entidad."*					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SÉPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($36.864.000 mcte)****, precio correspondiente a 15 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* ***VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($20.480.000 m/cte).***	
SALDO DEL CONTRATO: ***DIECISÉIS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($16.384.000 m/cte)***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***DECIMA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta el 31/DICIEMBRE/2017, contados a partir de la fecha suscripción del contrato.*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • ***El 24/03/2017 se suscribió el contrato entre las partes contratantes.*** • *El* ***25/03/2017*** *se firmó el acta de inicio del 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 a EL CONTRATISTA el valor del contrato en nueve (9) pagos iguales por valor de CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($4.096.000) IVA INCLUIDO.* *Los anteriores 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.	**23/04/2017**	Primer pago – Correspondiente al mes de abril de 2017	$4.096.000
2.	**22/05/2017**	Segundo pago – Correspondiente al mes de Mayo de 2017	$4.096.000
3.	**20/06/2017**	Tercer pago – Correspondiente al mes de Junio de 2017	$4.096.000
4.	**25/07/2017**	Cuarto pago – Correspondiente al mes de Julio de 2017	$4.096.000
5.	**24/08/2017**	Quinto pago – Correspondiente al mes de Agosto de 2017	$4.096.000
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$

PAGO QUE SE EFECTÚA 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	Asistencia a reuniones de: 1. Revisión denominación de series, subseries y tipologias documentales - TRD ICFES Subdirección de Diseño de instrumentos (Sesión No 1) 2. Continuación Revisión Avances Calidad Diseño de Instrumentos 3. Revisión denominación de series, subseries y tipologias documentales - TRD ICFES Subdirección de Diseño de instrumentos (Sesión No 2) 4. Revisión PAA 2018 5. Revisión anteproyecto de ppto direval y subdirecciones 6. Comité rendición de cuentas 7. Grupo gestor agosto 8. Diligenciamiento BIA - SP B1 9. Reunión revisión PNC con la OAP	**100%**
2	Seguimiento a la contratación de la vigencia 2017 entre la Universidad de Los Andes y el Icfes	**100%**
3	Hacer seguimiento al proceso de liquidación del contrato con la Universidad de Los Andes de la vigencia 2016	**100%**
4	Realizar la revisión correspondiente a las cuentas de cobro de los contratistas de la SDI	**100%**
5	Realizar el seguimiento respectivo a las comunicaciones y solicitudes de información que se soliciten a la Subdirección de Diseño de Instrumentos por medio del aplicativo ORFEO.	**100%**
6	Apoyar la revisión del presupuesto 2018	**100%**
7	Recopilación de los comentarios de los procesos y procedimientos de la SDI	**100%**

8	Tramotar solicitudes de alimentación, refrigerios y pagos de comisionados, que se requieren de acuerdo a lo contratado con el operador Corpoeducación	**100%**
9	Realizar el seguimiento respectivo a las solicitudes de información que se soliciten a la Subdirección de Diseño de Instrumentos por medio de los aplicativos SEVEN y ORACLE	**100%**
10	Actuar como gestora de calidad por medio de la estandarización y actualización de los procedimientos propios de la Subdirección de Diseño de Instrumentos en el aplicativo correspondiente, así como en la asistencia de las reuniones programadas por la Oficina Asesora de Planeación.	**100%**
11	Tramitar solicitudes para llevar a cabo los seminarios de la Dirección de Evaluación	**100%**
12	Remitir las necesidades de TI para la vigencia 2018	**100%**
13	Revisar y remitir para revisión de la subdirectora la información de activos de información, de acuerdo a la solicitud realizada a los gestores de SI	**100%**
14	Revisar los CCD de la SDI de acuerdo a las solicitudes recibidas	**100%**
15	Revisión y seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la SDI	**100%**

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

1	
2	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Luisa Fernanda Benavides Reina – Subdirectora de Diseño de Instrumentos** 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.*
***Luisa Fernanda Benavides Reina – Subdirectora de Diseño de Instrumentos,** 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 **(21)** de **(09)** de **(2017)**

OLGA MILENA CALVO CORREA Elaboró	**LAURA SANTIUSTI** Revisó	**LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA** Aprobó

Bogotá D.C., Septiembre 21 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. Intereses por préstamos para compra de vivienda de habitación del año 2016, según los certificados que anexo. (Artículo 3 Decreto Regulatorio 3750 de 1986 - Decreto 099 de 2013).

2. Salud Atención Complementaria a mi nombre, en la que se beneficia mi esposo GERMÁN DAVID BRICEÑO VILLALOBOS, cedula 1.032.412.951, cuyo certificado del año anterior 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 **SEPTIEMBRE**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

OLGA MILENA CALVO CORREA
C.C. 1.032.390.146 de Bogotá

Bogotá D.C., septiembre 21 de 2017

Doctora
Luisa Fernanda Benavides Reina
Subdirectora de Diseño de Instrumentos
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla **22144735**, pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de $**4.096.000**, valor que corresponde al Sexto pago pactado en el contrato de prestación de servicios **299** de 2017.

Por favor consignar $4.096.000 en la siguiente cuenta:

TIPO DE CUENTA	No. DE CUENTA	ENTIDAD BANCARIA	VALOR
CUENTA AHORROS	618-725371-11	BANCOLOMBIA	$ 4.096.000

Adicionalmente solicito que este aporte sea tenido en cuenta para obtener el beneficio tributario previsto en las normas legales vigentes, en términos de crédito hipotecario y tenencia de cuentas AFC.

De conformidad con el Decreto 2271 de 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4º.), me permito solicitar la reducción de la base de la retención correspondiente a los pagos obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, valor que se debe aplicar a la factura adjunta, en ejecución del contrato número **299** de fecha 24 de marzo del 2017, celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponden a los ingresos provenientes del contrato.

Cordialmente,

OLGA MILENA CALVO CORREA
C.C. 1.032.390.146 de Bogotá

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	1032390146	OLGA MILENA CALVO CORREA		CARRERA 67 No. 65 22 SUR APTO 338 TORRE 10	7966864	omcalvoc@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	04/09/2017	22144735	$485.700

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					
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564-7	204.900	0		0		0	0	0	0	204.900	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	262.300	0	0	0	0	0	0		262.300	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	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942-7	9.900	0	0	9.900	1

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	204.900	204.900
Pensión	1	262.300	262.300
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	9.900	9.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	485.700	485.700

PAGADA 22144735

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	1032390146	OLGA MILENA CALVO CORREA		CARRERA 67 No. 65 22 SUR APTO 338 TORRE	7966864	omcalvoc@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	04/09/2017	22144735	$485.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Bonificado	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	1032390146	CALVO CORREA OLGA MILENA	59	0			N																	25-14	1.639.000	262.300	0	0	0	0	EPS017	1.639.000	204.900	14-18	1.639.000	1	8.600	CCF24	1.639.000	9.900	0	0	0	0	0

PAGADA
22144735

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

E.P.S FAMISANAR LTDA.
Nit. 830.003.564-7
PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

CERTIFICA QUE

Que CALVO CORREA CALVO MILENA identificado con CC número 1032390146 fue o es contratante del plan PREFERENCIAL FAMILIAR y durante el periodo comprendido entre el 01/01/2016 al 31/12/2016 canceló la suma de UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MONEDA CORRIENTE ($ 1,860,798) incluido I.V.A.

Contrato F-24320-0001		Vigencia				
Identificacion	Nombre	Desde	Hasta	Parentesco	Edad	Valor pagado
CC 1032390146	CALVO CORREA OLGA MILENA	01/07/2014	30/06/2017	CONTRATANTE	29	$ 1,476,795
CC 1032412951	BRICEÑO VILLALOBOS GERMAN DAVID	01/10/2016	30/06/2017	CONYUGE / COMPAÑERO	28	$ 384,003

Se expide en Bogotá D.C., a los 24 del mes de abril de 2017

Octavio Enrique Gómez González

Sub-Director de Operaciones PAC