TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINEDUCACIÓN icfes

Bogotá, 25 de enero de 2018

Señor(a)
JOSÉ GABRIEL SILVA
Subdirector Financiero y Contable
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20182000051742
Fecha Radicado: 2018-01-26 09:24:34
Anexos: 15 FOLIOS.

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago No. **1 del Contrato 200 de 2018.**

Cordial saludo,

Con el objetivo de tramitar el pago No. **1 del Contrato 200 de 2018**, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre el **15 de enero y el 31 de enero del 2018**, así:

1. certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
2. Cuenta de cobro o factura
3. Certificación bancaria
4. Certificado de aportes a seguridad social
5. Carta de solicitud de disminuciones en la base de retención en la fuente y sus respectivos soportes.
6. Informe mensual de actividades ESPECÍFICAS
7. Informe de ejecución contractual

Cordialmente,

Diana Oquendo Victoria
Contratista CPS No. 200 de 2018

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINEDUCACIÓN · icfes saber	**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: **25/01/2018**

Contrato No:	200	**Fecha de contrato:**	**15/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**Diana Alexandra Oquendo Victoria**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.151.945.898**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	1			**Periodo a pagar:**	**DE:** **15/01/2018**	**A:**	**31/01/2018**

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.**

1. Entrega de una base de datos con preguntas provenientes de los cuestionarios de Factores Asociados y Acciones y Actitudes, aplicados entre 2012 y 2015, que servirán como base para el diseño del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa.
2. Entrega de una base de datos con preguntas sobre hábitos de vida saludable y rasgos de la personalidad provenientes de fuentes externas al Icfes.
3. Asistió a las reuniones sobre la creación del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa.
4. Ajustes sobre los informes del estudio de factores asociados realizado entre 2012 y 2015.

entrega de la información y los documentos concernientes al desarrollo de los reportes para estudiantes de la prueba Saber 359.

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**
CCMV04	Subdirección de análisis y divulgación		1.500.000,0
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**1.500.000**

**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:	**Silvana Godoy Mateus**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirectora de Análisis y Divulgación**

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. 200 de 2018****, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA			**C.C. / C.E. No.:**	1151945898	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	**15/01/2018**	**Hasta**	**31/01/2018**	**INFORME No.:**	**1**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	200	**Fecha de inicio**	**15/01/2018**	**Fecha de terminación**	**31/12/2018**
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 el desarrollo de análisis y redacción de documentos sobre información de evaluación educativa que adelante EL ICFES en el 2018 y material para la ejecución de las estrategias de divulgación. Así mismo, apoyar la elaboración de los talleres de uso de resultados de las Pruebas Saber."***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***séptima*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***treinta y cuatro millones quinientos mil de pesos ($34.500.000) MCTE****, precio correspondiente a 44,2 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018.*			***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* ***cero pesos ($0) MCTE.***		
SALDO DEL CONTRATO: ***Treinta y cuatro millones quinientos mil de pesos ($34.500.000) M/CTE.***			***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***décima*** *el plazo de ejecución del contrato se contará a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, hasta el 31 de diciembre de 2018.*		
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***15*** *de* ***enero*** *de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***16*** *de* ***enero*** *de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***200****.*				

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:* ***"a) Un (1) primer pago por valor de UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000) M/CTE, y b) Once (11) pagos mensuales por el valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) M/CTE.***

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
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$

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	Entrega de una base de datos con preguntas provenientes de los cuestionarios de Factores Asociados y Acciones y Actitudes, aplicados entre 2012 y 2015, que servirán como base para el diseño del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa. Entrega de una base de datos con preguntas sobre hábitos de vida saludable y rasgos de la personalidad provenientes de fuentes externas al Icfes. Asistió a las reuniones sobre la creación del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa.	**100%**
2	Ajustes sobre los informes del estudio de factores asociados realizado entre 2012 y 2015.	**80%**
3	entrega de la información y los documentos concernientes al desarrollo de los reportes para estudiantes de la prueba Saber 359.	**100%**

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

No aplica

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **Silvana Godoy Mateus** 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.*

***Silvana Godoy Mateus,** 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 ia 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 **enero** de **2018**

Elaboró	Revisó	Aprobó
Diana Alexandra Oquendo Victoria	Laura Alejandra Vargas Peña	Silvana Godoy Mateus

INFORME DE ACTIVIDADES
MES DE ENERO
CPS 200 de 2018

Contratista: Diana Oquendo **C.C No. 1151945898**
DEPENDENCIA: Análisis y divulgación
FECHA: enero de 2018

Actividad	Descripción
1. Apoyar la elaboración de los talleres de uso de resultados de las Pruebas Saber para los Establecimientos Educativos, Instituciones de Educación Superior, Secretarías de Educación, y sus respectivos pilotajes.	No se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.
2. Apoyar la investigación, revisión de bibliografía, redacción de textos y proponer la edición de forma de los reportes de análisis de los datos obtenidos con los cuestionarios de contexto y factores asociados.	- Cree una base de datos con preguntas provenientes de los cuestionarios de Factores Asociados y Acciones y Actitudes, aplicados entre 2012 y 2015, que servirán como base para el diseño del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa - Cree una base de datos con preguntas sobre hábitos de vida saludable y rasgos de la personalidad provenientes de fuentes externas al Icfes. - Asistí a las reuniones sobre la creación del cuestionario de factores asociados que acompañará la evaluación formativa.
3. Apoyar la elaboración de las ponencias y presentaciones sobre análisis e investigaciones que le sean designadas.	No se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.
4. Apoyar el desarrollo de los proyectos de investigación de la Subdirección sobre los resultados de las pruebas Saber, revisando literatura, realizando cálculos y análisis, redactando informes, haciendo parte de reuniones y discusiones, y realizando la gestión para publicación.	Realicé ajustes sobre los informes del estudio de factores asociados realizado entre 2012 y 2015.
10. Cumplir con todas las tareas adicionales que le sean asignadas inherentes al objeto contractual durante la vigencia.	Hice entrega de la información y los documentos concernientes al desarrollo de los reportes para estudiantes de la prueba Saber 359.

Firmas:

Diana Oquendo
Contratista Subdirección de Análisis y Divulgación

Silvana Godoy Mateus
Supervisora / Subdirectora de Análisis y Divulgación

Bogotá DC, enero de 2018

Doctora:
Silvana Godoy
Subdirectora de Análisis y Divulgación
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia Número de planilla 25186402, correspondiente al pago de salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de 1.500.000, valor que corresponde al primer pago pactado en el contrato de prestación de servicios N. 200 de 2018.

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

- Banco: Davivienda
- Cuenta de ahorros: 0550477100091149

Adicionalmente solicito que este aporte sea tenido en cuenta para obtener el beneficio tributario previsto en las normas legales vigentes.

De conformidad con el Decreto 2271 de 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4°.), 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 200 con fecha del 15 de enero de 2018, 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,

Diana Oquendo
C.C.1151945898
CPS 200

Bogotá D.C., enero de 2018

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

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de enero de 2018.

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: Mi padre, el señor Pedro Pablo Oquendo Maya, quien no recibe pensión ni ningún tipo de ingreso, depende económicamente de mi persona.

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 enero, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

Diana Oquendo Victoria
C.C. 1151945898 de Cali

Bogotá, D.C., septiembre 11 de 2017

Certificación

Yo Diana Alexandra Oquendo Victoria, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.151.945.898 de Cali, certifico que mantengo económicamente a mi padre, el señor Pedro Pablo Oquendo Maya, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.436.623 de Cali, quien no recibe pensión ni tiene ingresos económicos.

Diana Alexandra Oquendo Victoria
C.C. 1.151.945.898 de Cali

Scanned by CamScanner

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

132550

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el once (11) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Setenta y Tres (73) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1151945898 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

-------- Firma autógrafa --------

1v0oh3ofz0w1
11/09/2017 - 15:22:58:875

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de CERTIFICACION .

Victoria Bernal T

VICTORIA BERNAL TRUJILLO
Notaria setenta y tres (73) del Círculo de Bogotá D.C.

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 1v0oh3ofz0w1

Av. El Dorado 69C 03 LC 103 PBX: 2105146 - 2105147 FAX: 2105144
Email: notaria73bogota@gmail.com / www.notaria73bogota.com

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.436.623

OQUENDO MAYA
APELLIDOS

PEDRO PABLO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1944

LOS ANDES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-OCT-1965 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-65127444-M-0014436623-20060328 01643 06087A 02 161574394

LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA

CERTIFICA

Que el Señor **PEDRO PABLO OQUENDO MAYA** identificado con cédula de ciudadanía No.14.436.623 expedida en la ciudad de Cali, es Padre de la Señorita **DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA** identificada con cédula de ciudadanía 1.151.945.898 de Cali.

Que en la actualidad el Señor **PEDRO PABLO OQUENDO MAYA** se encuentra en situación de dependencia económica por Ausencia de Ingresos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se cumplen los criterios señalados en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario para que el Señor **PEDRO PABLO OQUENDO MAYA** sea dependiente de la Señorita **DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA.**

La presente certificación se expide a los veinte (20) días del mes de septiembre a solicitud de la interesada, para que sea presentada al ICFES.

Adjunto copia de mi tarjeta profesional.

CRUZANA PARDO BEJARANO

C.C. 20.485.209 de Choachí

TP No. 75999 - T

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

75999-T

CRUZANA
PARDO BEJARANO
C.C. 20485209
RESOLUCION INSCRIPCION 174 **FECHA 23/11/2000**
UNIVERSIDAD CENTRAL

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 83842

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	1151945898	DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA		CALLE 44C # 45-53	2214310	DAOQUENDOVIC@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				
1	2018	1	2018	I	24/01/2018	25186402	$214.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	92.300	0		0		0	0	0	0	92.300	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	118.100	0	0	0	0	0	0		118.100	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	3.900				3.900	0	0	3.900			39	3.900	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	92.300	92.300
Pensión	1	118.100	118.100
Riesgos Laborales	1	3.900	3.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	214.300	214.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

ISO / IEC 27001 Certificado N° SC3241

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1151945898	DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA		CALLE 44C # 45-53	2214310	DAOQUENDOVIC@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				
1	2018	1	2018	I	24/01/2018	25186402	$214.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sustituto	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1151945898	OQUENDO VICTORIA DIANA ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	737.717	118.100	0	0	0	0	EPS005	737.717	92.300	14-18	737.717	1	3.900		0	0	0	0	0	0	0

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **23/01/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DIANA ALEXANDRA OQUENDO VICTORIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1151945898**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550477100091149**
Fecha de apertura	**06/10/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO