Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182000128502
Fecha Radicado: 2018-02-26 15:14:43
Anexos: 9 FOLIOS.

Bogotá, D, C., 26 de febrero de 2018

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

No. 20182000128462
Fecha Radicado: 2018-02-26 15:13:20
Anexos: 9 FOLIOS.

Doctor
JOSE GABRIEL SILVA BARROS
Subdirector Financiero y Contable
Instituto Colombiano para la Evaluaci
Ciudad,

Respetado Doctor,

De manera atenta, hago entrega de los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de febrero de 2018 del contrato **239** de **2018**, 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. Cuenta de Cobro.
4. Carta solicitud de deducciones y soportes (en caso que aplique).
5. Copia Comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
6. Certificación bancaria.

Cordialmente,

DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO
C.C: 80201003

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

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

Fecha de certificación: **26/02/2018**

Contrato No:	239	**Fecha de contrato:**	**18/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**		**NIT / C.C contratista:**	**80.201.003**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	1			**Periodo a pagar:**	**DE:** **01/02/2018**	**A:**	**28/02/2018**

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.**

Prestar servicios profesionales para apoyar las actividades de gestión contractual, planeacióny sistemas de gestión de calidad de la Subdirección de Producción de Instrumentos. Los productos a entregar son los siguientes:

1. Se solicitaron las claves de los diferentes aplicativos existentes que involucran al sistema de gestión de calidad y contratación.
2. Se inicia el reconocimiento y manejo de los procesos internos que el ICFES tiene para gestión documental, contratación y demás actividades que se requieren.
3. Se solicitó el informe de ejecución presupuestal correspondiente a febrero de 2018 para conocer las contrataciones que están pendientes.
4. Reuniones en la Subdirección de Producción de Instrumentos sobre procesos, procedimientos y aplicativos con la Subdirección de Diseño de Instrumentos.
5. Empalme sobre procesos a cargo de la Subdirección de Producción de Instrumentos.
6. Se proyectó la actualización de la matriz de riesgo enviada a la Subdirección de Producción de Instrumentos.
7. Participación en la reunión con CORPOEDUCACIÓN para conocer cómo se hacia el seguimiento administrativo al contrato 316 de 2017 y como se llevará a cabo su implementación para este año.
8. Se hizo seguimiento a los contratos 272 y 319 de 2018 para verificar el cumplimiento de los requisitos para la legalización de los contratos.
9. Diligenciamiento de planilla ERP 2018 para la Oficina Asesora de Planeación, previo visto bueno de la Subdirección de Producción de Instrumentos.

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**
CCMP03	Subdirección de producción de instrumentos	4.198.400

Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**4.198.400**

**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:	**NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**
FIRMA:	
CARGO:	**SUBDIRECTORA 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.**239**, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO			**C.C. / C.E. No.:**	80201003	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/02/2018	**Hasta**	28/02/2018	**INFORME No.:**	1

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	**239**	**Fecha de inicio**	**18/01/2018**	**Fecha de terminación**	**31/07/2018**

Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula **Segunda**, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera: **"Prestar servicios profesionales para apoyar las actividades de gestión contractual, planeacióny sistemas de gestión de calidad de la Subdirección de Producción de Instrumentos."**.*

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula Séptima del contrato, el valor del mismo fue por la suma de **VEINTICINCO MILLONES CIENTO NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS (25.190.400) MCTE**, precio correspondiente a 32,244042178991911 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 **PESOS (0) MCTE.***
SALDO DEL CONTRATO: ***VEINTICINCO MILLONES CIENTO NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS (25.190.400) M/CTE.***	***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula **decima** del contrato, el plazo del mismo se pactó en **Seis (6)** 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 **18/01/2018** se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *Él **01/02/2018** se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. **239**.* • *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 cancelará al Contratista el valor del contrato de la siguiente manera: a) seis (6) pagos mensuales por valor de CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHOMIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.198.400) . 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	DD/MM/AAAA		$
2	DD/MM/AAAA		$
3	DD/MM/AAAA		$
4	DD/MM/AAAA		$
5	DD/MM/AAAA		$
6	DD/MM/AAAA		$
7	DD/MM/AAAA		$
8	DD/MM/AAAA		$
9	DD/MM/AAAA		$
10	DD/MM/AAAA		$
11	DD/MM/AAAA		$
12	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	Se solicitaron las claves de los diferentes aplicativos existentes que involucran al sistema de gestión de calidad y contratación.	**100 %**
2	Se inicia el reconocimiento y manejo de los procesos internos que el ICFES tiene para gestión documental, contratación y demás actividades que se requieren.	**20%**
3	Se solicitó el informe de ejecución presupuestal correspondiente a febrero de 2018 para conocer las contrataciones que están pendientes.	**100%**
4	Reuniones en la Subdirección de Producción de Instrumentos sobre procesos, procedimientos y aplicativos con la Subdirección de Diseño de Instrumentos.	**20%**
5	Empalme sobre procesos a cargo de la Subdirección de Producción de Instrumentos.	**20%**
6	Se proyectó la actualización de la matriz de riesgo enviada a la Subdirección de Producción de Instrumentos.	**100%**
7	Participación en la reunión con CORPOEDUCACIÓN para conocer cómo se hacia el seguimiento administrativo al contrato 316 de 2017 y como se llevará a cabo su implementación para este año.	**20%**
8	Se hizo seguimiento a los contratos 272 y 319 de 2018 para verificar el cumplimiento de los requisitos para la legalización de los contratos.	**100 %**
9	Diligenciamiento de planilla ERP 2018 para la Oficina Asesora de Planeación, previo visto bueno de la Subdirección de Producción de Instrumentos.	**100%**
10		**%**

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

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ** 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.*

***NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ,** 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 (26) de (febrero) de (2018)

Elaboró	Revisó	Aprobó

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DEBE A:

DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO
CC. No. 80201003

LA SUMA DE: **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS ($4.198.400)**

Por concepto de entrega del producto denominado:

Prestar servicios profesionales para apoyar las actividades de gestión contractual, planeacióny sistemas de gestión de calidad de la Subdirección de Producción de Instrumentos.

Favor consignar a la cuenta de Ahorros No. 38856388261 de Bancolombia.

DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO
CC. No. 80201003

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2018

Bogotá D.C., 26 de febrero del 2018

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 febrero 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: Andrea Camila Patiño Rodríguez NUIP 1013021518.

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

Cordialmente,

Dario Alberto Patiño Bello
C.C. 80.201.003 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1013021518

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55350554

55350554

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 27 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 E

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PATIÑO	RODRIGUEZ

Nombre(s): ANDREA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 22	Femenino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	131095047

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ JIMENEZ RUTH BIBIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52.775.096	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PATIÑO BELLO DARIO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.201.003	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PATIÑO BELLO DARIO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.201.003	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes OCT Día 22	ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ Nombre y firma

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Grupo Bancolombia

Bogotá, 10 de Enero de 2018

Señores:
A QUIEN INTERESE
Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO con **CC 80201003** a la fecha de expedición de ésta certificación posee el siguiente producto:

Nombre Producto	No Producto	ACTUALMENTE
Cuenta de Ahorros	38856388261	ACTIVA

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 3157131 de Bogotá, o en nuestra sucursal EL CAN

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Bogota - Of. 188 El Can
Asesor de servicios Nº 151
Cedula Nº

EDITH CRUZ HERNANDEZ
Asesor de Servicios

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	80201003	DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO		kra 96a 19-60 torre b 306	4725642	dapatinob@unal.edu.co	
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			2018/02/12	314025875	
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	N	12/02/2018	25571420	$257,600

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	110,000	0		0		0	10	900	0	110,900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140,800	0	0	0	0	10	1,200	0	142,000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4,600				4,600	10	100	4,700			46	4,700	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	110,000	110,900
Pensión	1	140,800	142,000
Riesgos Laborales	1	4,600	4,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	255,400	257,600

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	80201003	DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO		kra 96a 19-60 torre b 306	4725842	dapatinob@unal.edu.co	
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				
2	2018	2	2018	N	12/02/2018	25571420	$257,600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días cot.	Salario	Excepción	Cód. Ciudad Labora	Sucursal	IRP	RET	TDE	TDA	TDP	TAE	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIP	VAT	ING	CODEUDOR	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	80201003	PATIÑO BELLO DARIO ALBERTO	59	0			N																		230201	1,680,000	268,800	0	0	0	0	EPS008	1,680,000	210,000	14-23	1,680,000	1	8,800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	80201003	DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO		kra 96a 19-60 torre b 306	4725642	dapatinob@unal.edu.co	
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				
2	2018	2	2018	I	31/01/2018	25285342	$232,200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	0	0	0	100.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	128.000	0	0	0	0	0	0		128.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.200				4.200	0	0	4.200			42	4.200	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	100.000	100.000
Pensión	1	128.000	128.000
Riesgos Laborales	1	4.200	4.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	232.200	232.200

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	80201003	DARIO ALBERTO PATIÑO BELLO		kra 96a 19-60 torre b 306	4725642	dapatinob@unal.edu.co	
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				
2	2018	2	2018	I	31/01/2018	25285342	$232.200

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	Exonerado	IRIS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIT	RL	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	80201003	PATIÑO BELLO DARIO ALBERTO	59	0			N																	230201	800,000	126,000	0	0	0	0	EPS008	800,000	100,000	14-23	800,000	1	4,200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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