SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	007 de 2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 40.000.000	Fecha de trámite:	22 de Mayo de 2017		
Fecha suscripción contrato:	Enero 20 de 2017	Nombre del Contratista:	Ana Bolena Castañeda Zafra	Fecha de aprobación de la garantia única -si aplica-			Enero 20 de 2017
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	4617/2017	Fuente de los Recursos	Funcionamiento		
Fecha Acta de Inicio:	Enero 20 de 2017	Fecha terminación	Septiembre 20 de 2017	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación	1.014.189.819
Objeto:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar.						

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACION DE PAGO DE SIIF NACION

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 5.000.000	7	
2	$ 5.000.000	8	
3	$ 5.000.000	9	
4		10	
5		11	
6		12	

Notas:
*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.

% EJECUCIÓN 50%

TOTAL $ 15.000.000

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	$ 20.000.000	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 5.000.000			Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:		
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almácen de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:		
Persona Natural: Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales. **Nota:** Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporcion y porfentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud	$ 250.000
	Valor Pensión	$ 320.000
	Valor ARL	$ 10.500
	Total Pagos	**$ 580.500**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran .elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: Rafael Trujillo Calderón

Documento Identidad:

Cargo: Director para la Gestión de las CCF

Dependencia: Superintendencia Delegada para la Gestión de las CCF

Adriana
19 MAY 2017
9:55

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nº 007 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar.		**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**		20 de Enero de 2017	**FECHA DEL INFORME:** 22/05/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	**PRÓRROGAS:**			**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**	8 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 40.000.000**	**ADICIONES:**			**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	**$ 40.000.000**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** 20/04/2017	**Hasta:** 20/05/2017	**Pago No.:**	4	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	50%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar. Coordinar visita ordinaria realizada a Comfenalco Antioquia, analizando servicios sociales de la CCF (Anexo 1) Análisis y seguimiento al primer avance del PDM correspondiente al avista ordinaria efectuada a Cafaba (Anexo 2) Consolidación y elaboración de las cifras consolidadas de Fosfec 2016 de las CCF (Anexo 3) Elaboración presentación sobre subsidio familiar dirigida al Consejo Superior (Anexo 4) Elaboración acta de reunión correspondiente a la revisión del PDM de Colsubsidio (Anexo 5) Elaboración presentación pacto por la transparencia (Anexo 6)					
OBSERVACIONES:						

Nombre del Contratista: *Ana Bolena Castañeda Zafra*	***Firma del Supervisor del contrato:*** ***Rafael Trujillo Calderon***
C.C. 1.014.189.819 de Bogotá	***Cargo y Dependencia donde labora:*** ***Superintendencia Delegada para la Gestion de las CCF***

ANEXO 1

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | Rm: VISITA B.. | Re: Informe ... | Re: Fwd:Res.. | Informe Prel...

Abrir IBM Verse

Sí No

Ana B Castañeda Zafra

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

- Bandeja de entrada (3)
- Borradores
- Enviados
- Seguimiento
- Todos los documentos
- Correo no deseado (3)
- Papelera
- Vistas
- Carpetas
- Herramientas
- Otro correo

Informe Preliminar Comfenalco Antioquia

Ana B Castañeda Zafra

Lunes, 08 de mayo de 2017 16:51

Mostrar detalles

Para: Heraclito Landinez Suarez

Cc: Andrea Del Pilar Rodriguéz Arroyave

Archivos adjuntos (2)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
Oficio Remisorio Informe Preliminar Comfenalco Antioquia.pdf	31 k	05/08/2017 16:48:48
INFORME PRELIMINAR COMFENALCO ANTIOQUIA 08_05_2017.pdf	2.4 M	05/08/2017 16:48:48

Buenas tardes Dr. Heráclito,

Adjunto se encuentra el informe preliminar de Comfenalco Antioquia para remitir a los siguientes correos:

cristina.perez@comfenalcoantioquia.com - fernando.echavarria@comfenalcoantioquia.com

Gracias.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

ANEXO 2

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | Rm: VISITA B.. | Re: Informe ... | Informe Prel... | AVANCE PD...

Abrir IBM Verse

Sí No

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

Ana B Castañeda Zafra

Bandeja de entrada (3)
Borradores
Enviados
Seguimiento
Todos los documentos
Correo no deseado (3)
Papelera
Vistas
Carpetas
Herramientas
Otro correo

AVANCE PDM CAFABA

Ana B Castañeda Zafra

Jueves, 11 de mayo de 2017 22:39

Para: Oscar Mauricio Roa Estévez

Mostrar detalles

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
Formato seguimiento planes mejoramiento 1 avance Cafaba_Ana Bolena.docx	796 k	05/11/2017 22:39:16

Buenas tardes Dr. Oscar, adjunto se encuentra el seguimiento al primer avance del PDM de Cafaba.

Estaré atenta a cualquier inquietud.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

ANEXO 3

Consolidado FOSFEC 20 | Gmail

https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones | CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | FOSFEC Co... | Consolidado..

Abrir IBM Verse | Sí | No

Ana B Castañeda ...

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

- Bandeja de entrada (3)
- Borradores
- Enviados
- Seguimiento
- Todos los documentos
- Correo no deseado (3)
- Papelera
- Vistas
- Carpetas
- Herramientas
- Otro correo

Consolidado FOSFEC 2016

Ana B Castañeda Zafra

Lunes, 24 de abril de 2017 16:13

Mostrar detalles

Para: Rafael Trujillo Calderon

Cc: Jorge Eliecer Monroy Barrios

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
CONSOLIDADO FOSFEC 2016.xlsx	21 k	04/24/2017 16:12:42

Buenas tardes Dr. Trujillo, adjunto enviamos el consolidado de los conceptos de FOSFEC para el 2016.

Cordial saludo,

JORGE MONROY - ANA BOLENA CASTAÑEDA

ANEXO 4

PRESENTACIÓN CONSE | Gmail

https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones | CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | FOSFEC Co... | PRESENTAC...

Abrir IBM Verse | Sí | No

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

Ana B Castañeda ...

- Bandeja de entrada (3)
- Borradores
- Enviados
- Seguimiento
- Todos los documentos
- Correo no deseado (3)
- Papelera
- Vistas
- Carpetas
- Herramientas
- Otro correo

PRESENTACIÓN CONSEJO SUPERIOR

Ana B Castañeda Zafra

Lunes, 24 de abril de 2017 20:05

Mostrar detalles

Para: Rafael Trujillo Calderon

Cc: Ana B Castañeda Zafra

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
PRESENTACION CONSEJO SUPERIOR.pptx	3.0 M	04/24/2017 20:05:06

Buenas noches Dr. Trujillo, envio conforme a lo solicitado.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

ANEXO 5

Acta Reunión Plan de M... | Gmail

https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones | CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | FOSFEC Co... | Acta Reunió...

Abrir IBM Verse

Sí No

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

Ana B Castañeda ...

Bandeja de entrada (3)
Borradores
Enviados
Seguimiento
Todos los documentos
Correo no deseado (3)
Papelera
Vistas
Carpetas
Herramientas
Otro correo

Acta Reunión Plan de Mejoramiento Colsubsidio

Ana B Castañeda Zafra

Miércoles, 03 de mayo de 2017 17:59

Para: Heraclito Landinez Suarez, Ruben Darío Córdoba Victoria, Rafael Trujillo Calderon

Mostrar detalles

Cc: Erika Maria Valencia Gomez

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
ACTA PDM COLSUBSIDIO.docx	114 k	05/03/2017 17:59:25

Buenas Tardes Doctores, adjunto se encuentra el acta de la reunión correspondiente a la revisión del plan de mejoramiento de Colsubsidio.

Estaré atenta a sus comentarios.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

ANEXO 6

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones CORREO SSF

Superintendencia del Subsidio Familiar | Inicio | Correo | Calendario | Personas | Comunidades | Más

Correo

Correo-Envi... | Rm: VISITA B.. | Re: Informe ... | Informe Prel... | AVANCE PD... | Pacto por la...

Abrir IBM Verse

Sí No

Ana B Castañeda Zafra

Responder | Responder a todos | Remitir | Más | Nuevo | Mostrar

Bandeja de entrada (3)

Borradores

Enviados

Seguimiento

Todos los documentos

Correo no deseado (3)

Papelera

Vistas

Carpetas

Herramientas

Otro correo

Pacto por la Transparencia

Ana B Castañeda Zafra

Para: Rafael Trujillo Calderon

Martes, 16 de mayo de 2017 15:14

Mostrar detalles

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
PACTO POR LA TRANSPARENCIA.pptx		554 k 05/16/2017 15:14:30

Dr. Trujillo buenas tardes, adjunto la presentación del pacto por la transparencia.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

Bogotá, 22 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **Ana Bolena Castañeda Zafra**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.014.189.819 de la ciudad de Bogotá D.C., para acogerme a la disminución de la base para Retención en la Fuente para trabajadores independientes (Art. 4º del Decreto 2271 de 18 de Junio de 2009), declaro bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos del Contrato No.007 de2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C. No.1.014.189.819 de Bogotá

Bogotá D.C, 22 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:
Yo, **Ana Bolena Castañeda Zafra** identificada con cédulade ciudadanía número **1.014.189.819** expedida en Bogotá, me acojo a la disminución de la base para la retención en la fuente a trabajadores independientes de acuerdo a lo establecido en el Art. 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 y el Artículo No.2 parágrafo 3 del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013, declaro bajo la gravedad de juramento que la siguiente persona depende económicamente del (a) suscrito (a), por ausencia de ingresos:

1. Hijos hasta 18 años de edad

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD

2. Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA

3. Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
CC	19.278.207	Castañeda Cañón Carlos Ariel	Carlos Alberto González Camacho

Para dar cumplimiento a la ley 1607 de 2012 y decreto reglamentario 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleados, certifico que:

Soy residente fiscal colombiano, que por lo menos el 80% de mis ingresos corresponden a rentas de trabajo. (Salarios, honorarios, comisiones y servicios)

Para el ejercicio de mi actividad como profesional independiente o tecnólogo no requiero la utilización de maquinaria o equipo especializado ni de materiales o insumos especializados.

De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, articulo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. ___ **Soy Declarante de Renta** X

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2016 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT ($41.654.000), que no sean responsables del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2016 no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT ($133.889.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedan de dos mil ochocientos (2.800) UVT ($83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no supere las dos mil ochocientas (2800) UVT ($83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT ($133.889.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

Atentamente,

ANA BOLENACASTANEDAZAFRA
C.C. No.1.014.189.819 de Bogotá
DIRECCION:Calle 22 B No. 42 - 31

Bogotá. D.C., 22 de abril de 2017

Doctora
LUZ MARY CORONADO MARÍN
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta

Respetada Doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el parágrafo 4º del artículo 3º del Decreto No. 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleado conforme al artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012, y lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea manifiesto que:

SI _x_ NO __ estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI_x_ NO__, de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen SI _x_ NO__ de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos totales del año gravable inmediatamente anterior superaron SI_x__ NO__, mil cuatrocientos (1.400) UVT.

Esta declaración la hago al primer (1) día del mes de febrero del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C.1.014.189.819 de Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1014189819	Ana Bolena Castañeda Zafra	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			5	2017	5	2017	19394749	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☑	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 22 B # 42-31	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	5746379		zafrana5@hotmail.com	5530	0	1	2017/04/24	254399161

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	250.000	0		0		0	250.000	0	0	0	250.000	0		0	0	250.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-6	320.000	0	0	0	0	0	0	320.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	10.500		0	0	10.500
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	10.500		0	105	- 10.500

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	320.000	320.000
SALUD	250.000	250.000
RIESGOS LABORALES	10.500	10.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	580.500	580.500

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COD DEPARTAM EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1014189819	CASTAÑEDA ZAFRA ANA BOLENA	EPS005	230301																				2.000.000	2.000.000	0	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0

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