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:	20 de septiembre 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	Diciembre 31 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 SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 5.000.000	7	$ 5.000.000
2	$ 5.000.000	8	
3	$ 5.000.000	9	
4	$ 5.000.000	10	
5	$ 5.000.000	11	
6	$ 5.000.000	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 74%

TOTAL $ 35.000.000

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

No. Del pago	8	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	$ -	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

Adquirió,
18 SEP 2017
4:40

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:**	20/09/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	**PRÓRROGAS:**	x		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**	11 meses y 11 días
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 40.000.000**	**ADICIONES:**	x		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	**$ 56.833.333**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** 20/08/2017	**Hasta:** 20/09/2017	**Pago No.:**	8	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	74%

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.

Elaboración informe final y ejecutivo correspondiente a la visita ordinaria realizada a Comfaguajira, con los aspectos relacionados a servicios sociales (Anexo 1)

Consolidación cifras fosfec a Junio de 2017 (Anexo 2)

Elaboración presentación Seminario Pacto por la Transparencia (Anexo 3)

Elaboración presentación Generalidades Supersubsidio (Anexo 4)

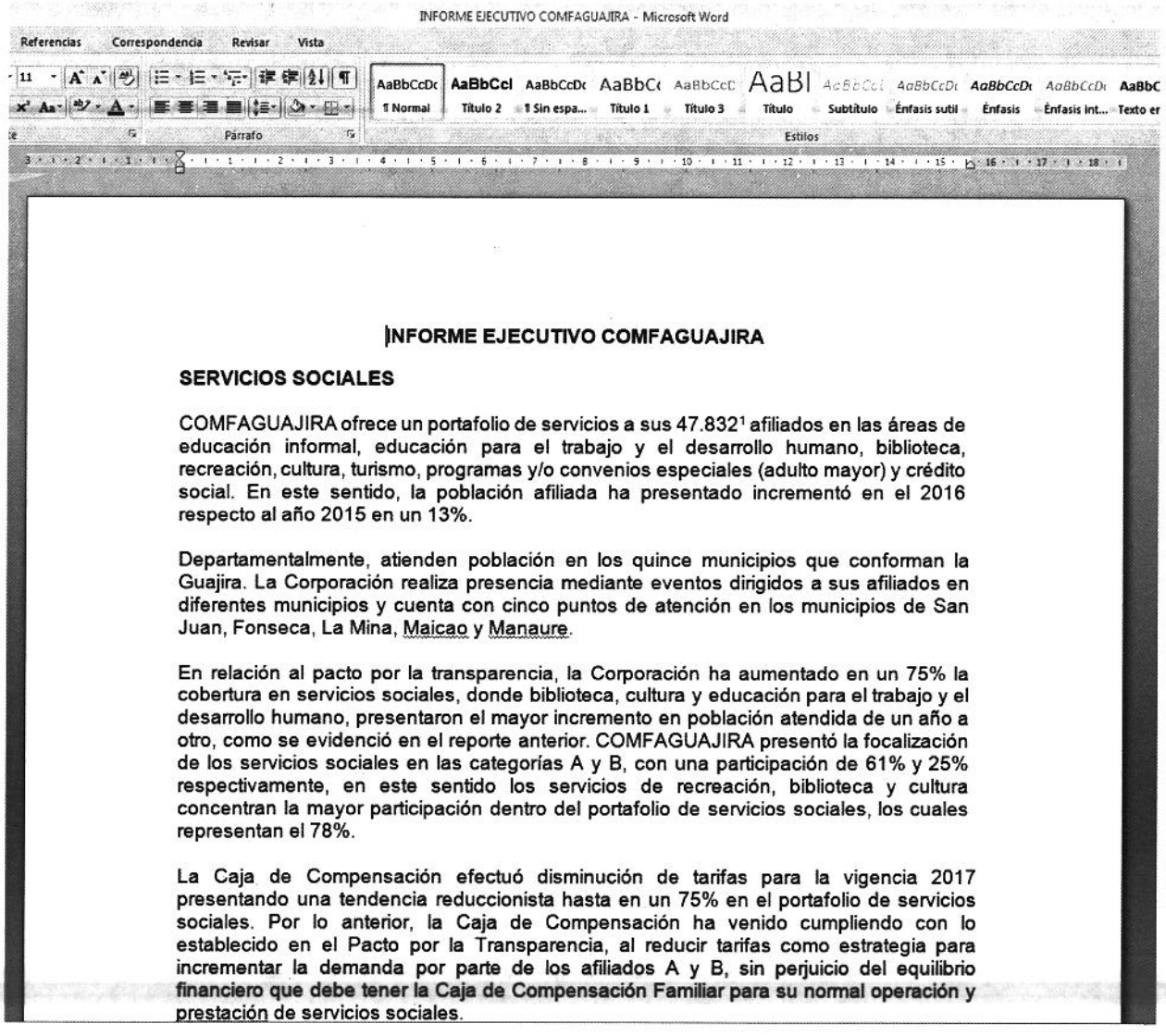
Proyección respuesta a oficios de solicitud de informaición (Anexo 5)

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***

1-2017-015157 18/09/2017 16:27:15
INFORME DE LABORES.txt
Folios: 9 Anexos:

ANEXO 1



INFORME EJECUTIVO COMFAGUAJIRA

SERVICIOS SOCIALES

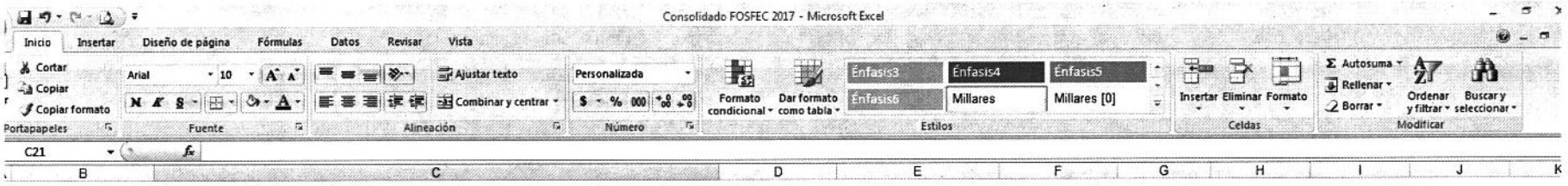
COMFAGUAJIRA ofrece un portafolio de servicios a sus 47.832[1] afiliados en las áreas de educación informal, educación para el trabajo y el desarrollo humano, biblioteca, recreación, cultura, turismo, programas y/o convenios especiales (adulto mayor) y crédito social. En este sentido, la población afiliada ha presentado incrementó en el 2016 respecto al año 2015 en un 13%.

Departamentalmente, atienden población en los quince municipios que conforman la Guajira. La Corporación realiza presencia mediante eventos dirigidos a sus afiliados en diferentes municipios y cuenta con cinco puntos de atención en los municipios de San Juan, Fonseca, La Mina, Maicao y Manaure.

En relación al pacto por la transparencia, la Corporación ha aumentado en un 75% la cobertura en servicios sociales, donde biblioteca, cultura y educación para el trabajo y el desarrollo humano, presentaron el mayor incremento en población atendida de un año a otro, como se evidenció en el reporte anterior. COMFAGUAJIRA presentó la focalización de los servicios sociales en las categorías A y B, con una participación de 61% y 25% respectivamente, en este sentido los servicios de recreación, biblioteca y cultura concentran la mayor participación dentro del portafolio de servicios sociales, los cuales representan el 78%.

La Caja de Compensación efectuó disminución de tarifas para la vigencia 2017 presentando una tendencia reduccionista hasta en un 75% en el portafolio de servicios sociales. Por lo anterior, la Caja de Compensación ha venido cumpliendo con lo establecido en el Pacto por la Transparencia, al reducir tarifas como estrategia para incrementar la demanda por parte de los afiliados A y B, sin perjuicio del equilibrio financiero que debe tener la Caja de Compensación Familiar para su normal operación y prestación de servicios sociales.

ANEXO 2



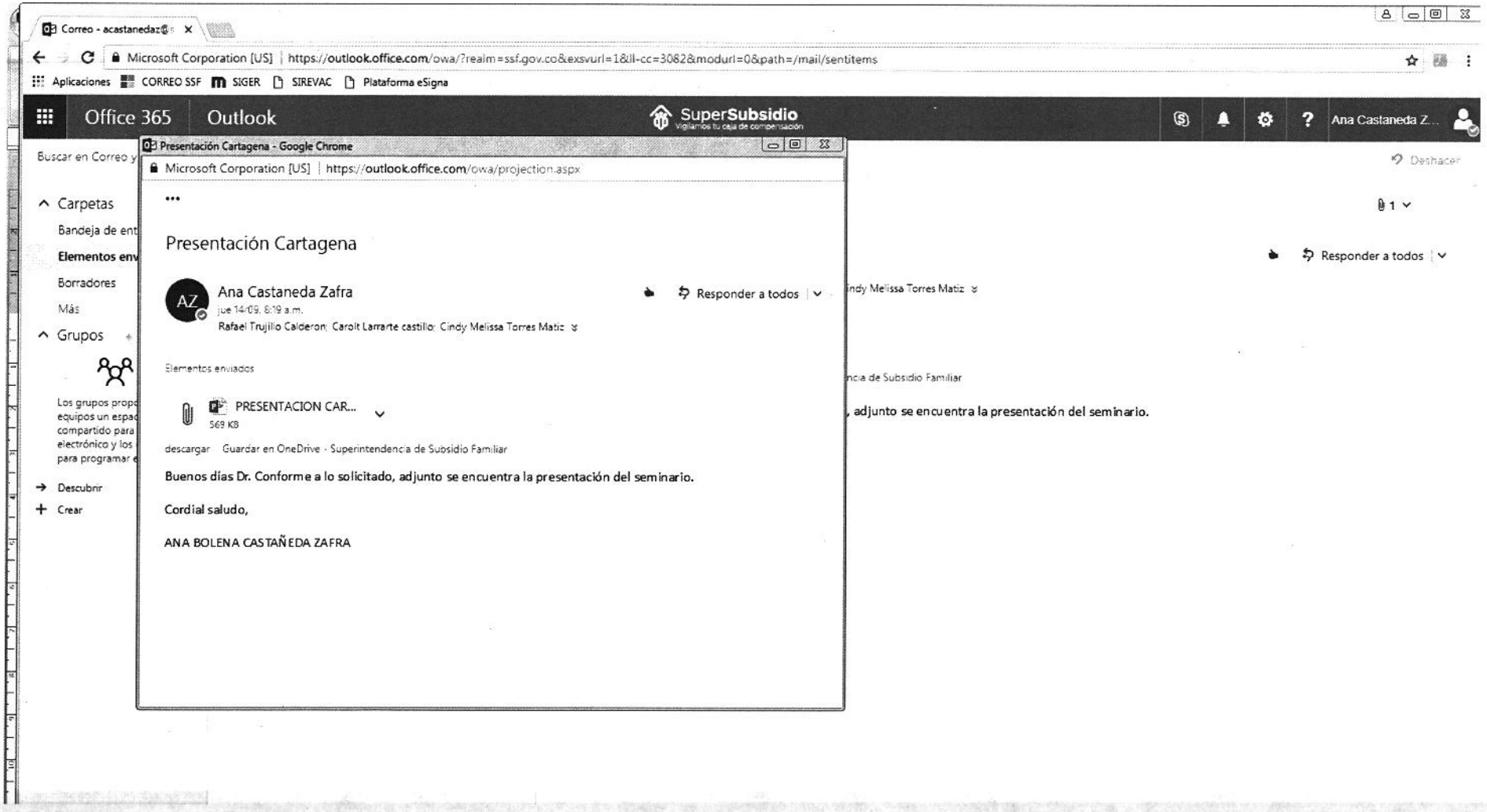
SuperSubsidio

EJECUCIÓN RECURSOS FOSFEC A JUNIO 2017 (VALORES EN PESOS)

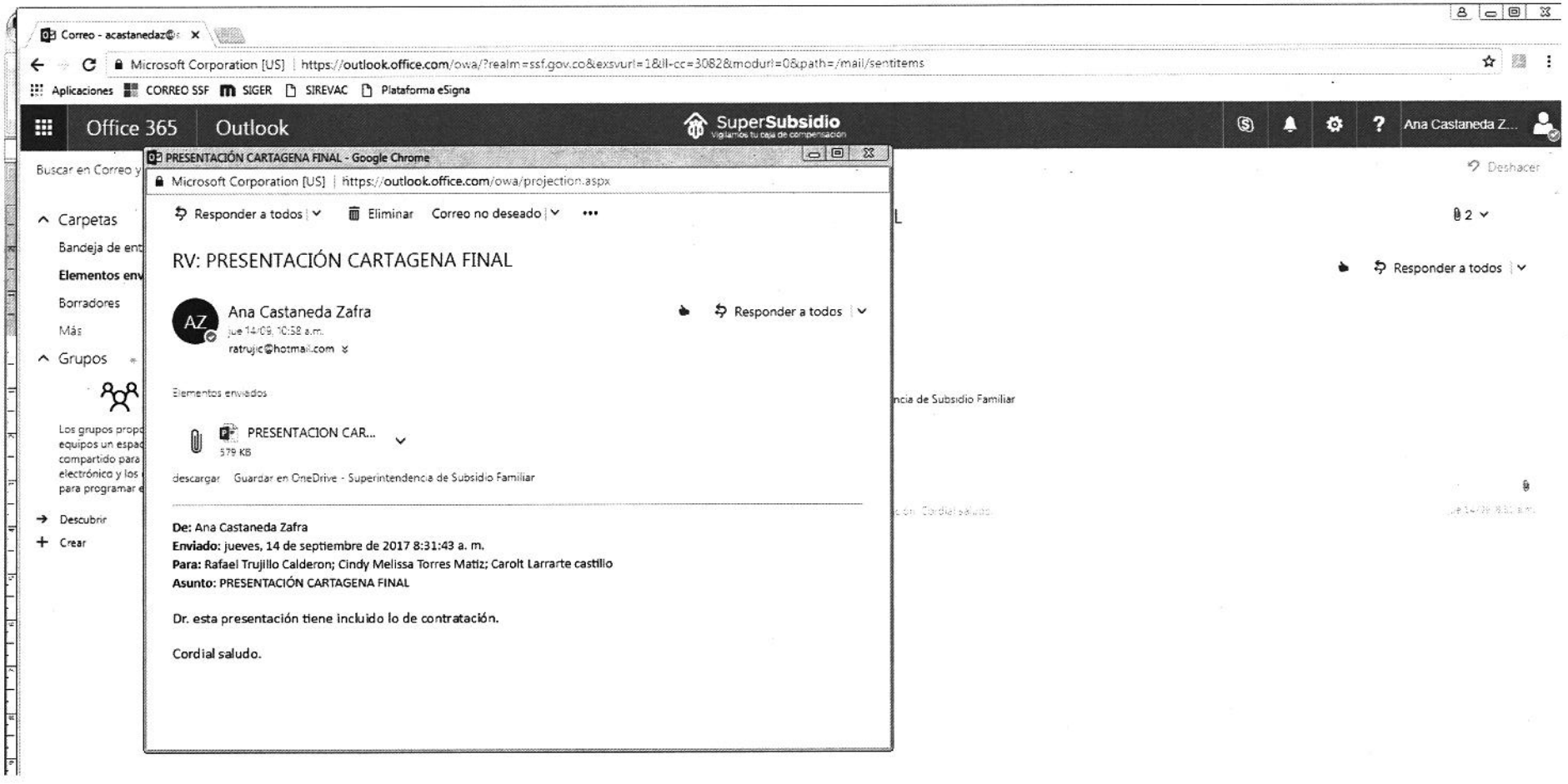
COMPONENTE	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:	COMFAMA	COMFACASANARE	CAFAM	CAFASUR	COMFACA	COMFACESAR	COMFANORTE	COMFA
Beneficios Económicos	Asignación de pagos para aportes en salud (postulantes asignados)	6.178.217.800	477.525.250	2.661.205.200	18.458.800	282.903.827	175.459.500	321.667.800	110.(
	Asignación de pagos para aportes en pensión (postulantes asignados)	6.502.480.867	607.640.867	3.403.412.586	23.620.000	362.027.787	224.626.200	411.629.000	140.8
	Asignación de pagos para aportes en cuota monetaria (postulantes asignados)	1.112.367.406	175.543.194	545.421.447	8.429.730	144.483.603	75.951.958	99.931.851	30.2
	Asignación de pagos para bonos de alimentación (postulantes asignados)	10.959.280.948	954.854.180	5.341.604.023	36.885.800	620.160.697	350.783.958	653.156.295	219.9
Capacitación	Ejecución gastos operativos aplicados a programas de capacitación para la reinserción laboral	3.949.182.839	507.857.326	10.029.111.182	24.977.000	381.341.400	596.880.033	934.161.951	169.(
Gestión y Colocación	Ejecución gastos operativos para la prestación de servicios de gestión y colocación de empleo	3.908.419.339	395.240.662	3.743.775.334	15.958.272	238.028.444	316.799.897	351.917.539	80.(
Sistema de información	Ejecución gastos operativos para el diseño e implementación del sistema de información FOSFEC	20.695.695	17.299.398	113.793.420	-	7.356.908	-	18.942.370	5.(
	TOTAL	**32.630.644.894**	**3.135.960.877**	**25.838.323.192**	**128.329.602**	**2.036.302.666**	**1.740.501.546**	**2.791.406.806**	**756.9**

Fuente: Información reportada por las Cajas de Compensación Familiar en Sirevac

ANEXO 3


Correo - acastanedaz@s
Microsoft Corporation [US] | https://outlook.office.com/owa/?realm=ssf.gov.co&exsvurl=1&ll-cc=3082&modurl=0&path=/mail/sentitems
Aplicaciones CORREO SSF SIGER SIREVAC Plataforma eSigna
Office 365 Outlook
SuperSubsidio
Ana Castaneda Z...
Presentación Cartagena - Google Chrome
Microsoft Corporation [US] | https://outlook.office.com/owa/projection.aspx
Presentación Cartagena
Ana Castaneda Zafra
jue 14/09, 8:19 a.m.
Rafael Trujillo Calderon; Carolt Larrarte castillo; Cindy Melissa Torres Matiz
Responder a todos
Elementos enviados
PRESENTACION CAR...
569 KB
descargar Guardar en OneDrive - Superintendencia de Subsidio Familiar
Buenos dias Dr. Conforme a lo solicitado, adjunto se encuentra la presentación del seminario.
Cordial saludo,
ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
Carpetas
Bandeja de ent
Elementos env
Borradores
Más
Grupos
Descubrir
Crear
Deshacer
Responder a todos
, adjunto se encuentra la presentación del seminario.

ANEXO 4


Correo - acastanedaz@s
Microsoft Corporation [US] | https://outlook.office.com/owa/?realm=ssf.gov.co&exsvurl=1&ll-cc=3082&modurl=0&path=/mail/sentitems
Aplicaciones CORREO SSF SIGER SIREVAC Plataforma eSigna
Office 365 Outlook
SuperSubsidio
Ana Castaneda Z...
Buscar en Correo y
Carpetas
Bandeja de ent
Elementos env
Borradores
Más
Grupos
Los grupos propo equipos un espac compartido para electrónico y los para programar e
Descubrir
Crear
Deshacer
Responder a todos
PRESENTACIÓN CARTAGENA FINAL - Google Chrome
Microsoft Corporation [US] | https://outlook.office.com/owa/projection.aspx
Responder a todos Eliminar Correo no deseado
RV: PRESENTACIÓN CARTAGENA FINAL
Ana Castaneda Zafra
jue 14/09, 10:58 a.m.
ratrujic@hotmail.com
Responder a todos
Elementos enviados
PRESENTACION CAR...
579 KB
descargar Guardar en OneDrive - Superintendencia de Subsidio Familiar
De: Ana Castaneda Zafra
Enviado: jueves, 14 de septiembre de 2017 8:31:43 a. m.
Para: Rafael Trujillo Calderon; Cindy Melissa Torres Matiz; Carolt Larrarte castillo
Asunto: PRESENTACIÓN CARTAGENA FINAL
Dr. esta presentación tiene incluido lo de contratación.
Cordial saludo.

ANEXO 5

Correo - acastanedaz@s | Plataforma eSigna

Superintendencia de Subsidio Familiar [CO] https://gtss.ssf.gov.co/PortalEmpleado/#view-960004-53

Aplicaciones | CORREO SSF | SIGER | SIREVAC | Plataforma eSigna

SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

Ana Bolena Castañeda Zafra
Salir 49
Tareas en segundo plano

Inicio Servicios Expedientes Ayuda

- Oficio
- Buscador
- Expedientes activos
- Expedientes archivados
- Iniciar Expediente
- Mis expedientes activos

Mis expedientes activos

Imprimir Exportar

Buscar

Núm. Expediente	Asunto	Estado	Fecha inicio	Radicado entrada	Fecha radicado entrada	Radicado salida	Interesado
1269/2017/PGEN	TRASLADO DENUNCIA 2017-116746-80234	FIN	01/09/2017 11:11:00	1-2017-013097	17/08/2017 10:15	2-2017-009651	GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA
1604/2017/OFI	Solicitud Diplomado a Funcionarios	RADICAR DE SALIDA EL OFICIO	13/07/2017 14:57:00			2-2017-006671	CARLOS ALIRIO GONZALEZ REYES
1757/2016/PGEN	SEGUNDO AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO COMFAMILIAR PUTUMAYO	FIN	13/07/2017 08:50:00			2-2017-006658	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO - COMFAMILIAR PUTUMAYO
262/2017/OFI	Alcance para actualizar el Anexo Técnico Circular Externa 0020 de 2016	FIN OFICIO	31/01/2017 11:57:00			2-2017-001521;2-2017-001522;2-2017-001523;2-2017-001524;2-2017-001525;2-2017-001526;2-2017-001527;2-2017-001528;2-2017-001529;2-2017-001530;2-2017-001531;2-2017-001532;2-2017-001533;2-2017-001534;2-2017-001535;2-2017-001536;2-2017-001537;2-2017-001538;2-2017-001539;2-2017-001540;2-2017-001541;2-2017-001542;2-2017-001543;2-2017-001544;2-2017-001545;2-2017-001546;2-2017-001547;2-2017-001548;2-2017-001549;2-2017-001550;2-2017-001551;2-2017-001552;2-2017-001553;2-2017-001554;2-2017-001555;2-2017-001556;2-2017-001557;2-2017-001558;2-2017-001559;2-2017-001560;2-2017-001561;2-2017-001562;2-2017-001563	Caja de Compensación Familiar CAFAM
1757/2016/PGEN	APROBACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO VISITA ORDINARIA COMFAMILIAR PUTUMAYO	FIN	20/12/2016 09:27:00			2-2016-019704;2-2017-001623	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO - COMFAMILIAR PUTUMAYO
1757/2016/PGEN	INFORME FINAL VISITA ORDINARIA COMFAMILIAR PUTUMAYO 2016	FIN	24/11/2016 17:18:00			2-2016-017685	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO - COMFAMILIAR PUTUMAYO
1757/2016/PGEN	INFORME PRELIMINAR VISITA ORDINARIA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	FIN	28/10/2016 17:18:00			2-2016-016483;2-2016-016502	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO - COMFAMILIAR PUTUMAYO

Página 1 de 1 35 Seleccionar todo

Mostrando datos del 1 al 19 de 19

Bogotá. D.C., 20 de septiembre de 2017

Señores
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

Bogotá, 20 de septiembre 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 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

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

Bogotá D.C, 20 de septiembre 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 BOLENACASTAÑEDAZAFRA
C.C. No.1.014.189.819 de Bogotá
DIRECCION:Calle 22 B No. 42 - 31

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	1014189819	Ana Bolena Castañeda Zafra		Calle 22 B # 42-31	5746379	zafrana5@hotmail.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	23/08/2017	21936595	$580.500

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	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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 COMPANIA DE SEGUROS	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

PAGADA 21936595

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	1014189819	Ana Bolena Castañeda Zafra		Calle 22 B # 42-31	5746379	zafrana5@hotmail.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	23/08/2017	21936595	$580.500

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	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	1014189819	CASTAÑEDA ZAFRA ANA BOLENA	59	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

21936595

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