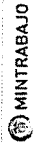




SuperSubsidio

COPIA 44

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO



MINTRABAJO
Código: FO-CAO-ECON-004 Versión: 1

¡TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
AL MEJOR EMPLEO!

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

No. del Contrato:	069/2016	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$	35.000.000	Fecha de trámite:	12 AGOSTO DE 2016
Fecha suscripción contrato:	julio 12 de 2016	Nombre del Contratista:	MARISOL ROSO SANCHEZ		Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	SI
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:		10816	Fuente de los Recursos	FUNCIONAMIENTO
Fecha Acta de Inicio:	13/07/2016	Fecha terminación	13/12/2016		Tipo Identificación	C.C. No. de identificación: 60309896
Objeto:						

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 7.000.000	7		*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.
2		8		
3		9		
4		10		
5		11		% EJECUCIÓN 20%
6		12		TOTAL \$ 7.000.000

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

No. Del pago	1	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$	28.000.000	Factura No.	Nº
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000				Fecha de la Factura:	Nº

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:

Fotocopia del formato de Ingreso de bienes al almacén 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 proporción y porcentajes establecidos por la Norma.

Valor Salud	\$	350.000
Valor Pensión	\$	476.000
Valor ARL	\$	14.600
Total Pagos	\$	840.600

Persona Jurídica: 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

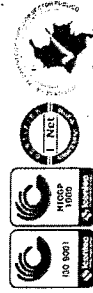
Firma Supervisor o Interventor

Nombre: GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA

Documento Identidad: 15382304

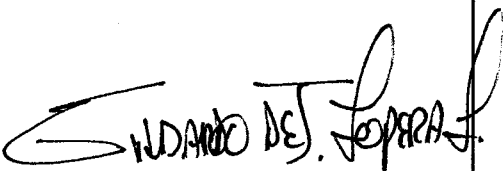
Cargo: Superintendente Delegado

Dependencia: Delegado para la Responsabilidad A



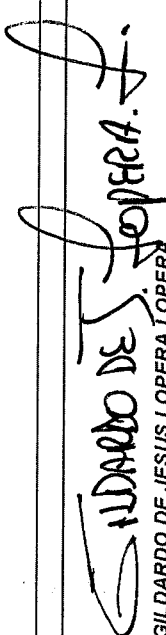


INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 069 de 2016		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios profesionales en Derecho en la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y Medidas Especiales, sustanciando los diferentes procedimientos administrativos propios de esa dependencia en cumplimiento del control legal a los entes vigilados.		
Periodo: Del 13 de Julio de 2016 al 13 de Agosto de 2016	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: %	20,00%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: Reporte de actividades ejecutadas en el periodo del 13 de Julio al 13 de Agosto de 2016.	1. El día 14 de julio de 2016 por reasignación de la Delegada, se avocó el conocimiento del antecedente con radicado de entrada número 3-2016-001047, en el que reposa el informe final (217 folios) de fecha 16 de junio de 2016, originado de la visita ordinaria practicada a la Caja de Compensación Familiar COMFACA, dentro del periodo comprendido del 10 al 13 de abril del año 2016, 2.- Se sustancia el referido expediente profiriendo auto de fecha 27 de julio del 2016 mediante el cual se da apertura a la respectiva averiguación preliminar, decretando la practica de las pruebas pertinentes. 3.- Mediante oficios Nos.2-2016-011421 y 2-2016-011423 de fecha 9 de agosto del 2016, mediante los cuales se requiere al Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar COMFACA, y a la Revisora Fiscal de la misma Entidad, respectivamente, para que alleguen las pruebas documentales en que se fundó cada una de las observaciones contenidas en el referido informe, así como la solicitud de rendición de informe especial relacionados con las observaciones establecidas en la referida visita.	
Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente.	El día 4 de agosto del 2016, asistimos y participamos en la capacitación en Contratación Estatal, conforme al artículo 209 de la C.P., y la ley 80 de 1993, modificada por el decreto 1150 de 2007.	
 MARISOL ROSO SANCHEZ 60.309.896 13 DE AGOSTO DEL 2016  GILDARDO DE JESUS LOPERA Superintendente Delegada		

17 ZAGO 2016
Oja Lopera

**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN**
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 069 del 12 de Agosto de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los Servicios Profesionales en Derecho en la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y Medidas Especiales, sustanciando los diferentes Procedimientos Administrativos propios de esa Dependencia en cumplimiento del control legal a los Entes Vigilados.				FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	12/07/2016	FECHA DEL INFORME:	13/08/2016
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	13/07/2016	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	13/12/2016			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	35.000.000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	35.000.000			
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 13/07/2016	Hasta: 13/08/2016	Pago No.: 1	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	20%			
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. El día 14 de julio de 2016 por reasignación de la Delegada, se avocó el conocimiento del antecedente con radicado de entrada número 3-2016-001047, en el que reposa el informe final (217 folios) de fecha 16 de junio de 2016, originado de la visita ordinaria practicada a la Caja de Compensación Familiar COMFACA, dentro del periodo comprendido del 10 al 13 de abril del año 2016, 2.- Se sustancia el referido expediente profiriendo auto de fecha 27 de julio del 2016 mediante el cual se da apertura a la respectiva averiguación preliminar, decretando la practica de las pruebas pertinentes. 3.- Mediante oficios Nos.2-2016-011421 y 2-2016-011423 de fecha 9 de agosto del 2016, mediante los cuales se requiere al Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar COMFACA, y a la Revisora Fiscal de la misma Entidad, respectivamente, para que alleguen las pruebas documentales en que se fundó cada una de las observaciones contenidas en el referido informe, así como la solicitud de rendición de informe especial relacionados con las observaciones establecidas en la referida visita.							
OBSERVACIONES:	El día 4 de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la Capacitación en Contratación Estatal conforme al Art. 209 de la CP y la ley 80 de 1993 modificada por el decreto 1150 de 2007.							
 MARISOL ROSO SANCHEZ 60-309.896 De Cúcuta				 GILDARDO DE JESUS LOPERA Superintendente Delegada				

Bogotá D.C, 8 de Junio de 2016

Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **MARISOL ROSO SANCHEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 60.309.896 expedida en Cúcuta, 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
TI	1.006.553.401	CONDE ROSO JOHANN SANTIAGO	14 Años

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

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
C.C.	1.118.565.730	CONDE ROSO DIEGO SEBASTIAN	ESC.DE AVIAC.CENTAURUS-VILLAVICENCIO.

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

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.

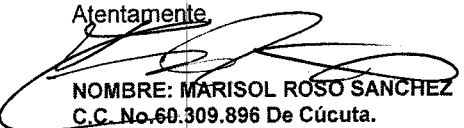
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta.

Soy Declarante de Renta X

Mis ingresos en desarrollo de mi actividad profesional o tecnológica del año anterior es X o no son superiores a 4.073 UVT'S.

Atentamente,


NOMBRE: MARISOL ROSO SANCHEZ
C.C. No.60.309.896 De Cúcuta.
TELEFONO: 311.897.9920

Bogotá, 10 agosto de 2016

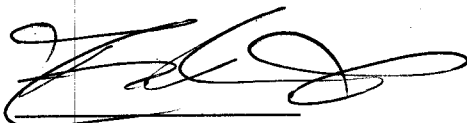
Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **MARISOL ROSO SANCHEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° **60.309.896** expedida en Cúcuta, pretendo 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 N°. 069 del 13 de Julio de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



MARISOL ROSO SANCHEZ
CC. 60.309.896 De Cúcuta
Celular. 311 897 9920

Bogotá DC, 12 de agosto de 2016

Doctora,

LUZ MARY CORONADO MARIN

Secretaría General Superintendencia del Subsidio Familiar

Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetada doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el párrafo 4° del artículo 3° 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 cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago a los doce (12) días del mes de Agosto del año 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,

MARISOL ROSO SANCHEZ

CC. 60.309.896 Expedida en Cúcuta

Celular. 311.897.9920

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Número Planilla: 1005192227

Fecha creación reporte: 2016-08-10, 03:56:39 PM Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES
Nro Planilla Corregida: 1005178948 Período Cotización: agosto de 2016 Período Servicio: agosto de 2016

PAGADO 10/08/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARISOL ROZO SANCHEZ	Dirección	CRA22 N9 - 91
Documento	CC60309896	Teléfono	6345251
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	CASANARE
Ciudad	YOPAL	Identificación	CC 60309896
Representante Legal	ROZO SANCHEZ MARISOL	ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado										Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subgrupo Cotización	REI	REI	REI	TDE	TAS	TUD	JAP	COM	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Subtotal Sin Intereses de Mora	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.680.000	\$ 1.680.000	\$ 1.680.000	\$ 0	\$ 298.800	\$ 210.000	\$ 8.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 515.500	\$ 0	\$ 515.500

