	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 601-2022

N° de Radicado de solicitud de contratación:22-6929--2

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ	**Número de indentificación: (**CC**):** 1140829420

Objeto del contrato: Prestar sus servicios profesionales para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en asuntos jurídicos en Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.

Forma de pago:

UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidara aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes de Enero de 2022, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar.

DIEZ (10) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE ($4.120.000), contados a partir de Febrero de 2022, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar

UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTIDÓS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($1.922.667), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10 formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Fecha de suscripción: 2022-01-17	**Fecha de inicio:** 2022-01-17	**Fecha de terminación:** 2022-12-14

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 14 de diciembre de 2022, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la Aseguradora de Riesgos Laborales

Periodo de pago: Enero	**N° de pago:** Primer

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Prórroga	**Término de la prórroga**	**Fecha final:**
Adición:	**Valor adición:**	**Valor Total:**
Reducción:	**Valor reducción:**	**Valor Total:**
Cesión:	**Cedente:**	**Cesionario:**
Suspensión:	**Término de suspensión:**	**Fecha reinicio:**

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor del contrato:	45,182,667
Pagos Realizados:	0

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 601-2022

Saldo del Contrato:	45,182,667
Valor de este Pago:	2,060,000
Nuevo Saldo del contrato:	43,122,667

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Enero	**9428717233**
Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas		

SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del	**SI**	**NO**
		X

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Código CCP	Nombre del CCP	Número de Registro Presupuestal	Valor afectación
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-002-01	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS JURÍDICOS	93622	2,060,000

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

Observaciones:

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en informe anexo (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente . Por lo anterior

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 23 días del mes de Febrero de 2022

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 601-2022



Firmado digitalmente por: JUAN FELIPE BARRERA GALVIS
Fecha: 2022.02.23 17:15:58 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor.	0	8.0	Brindó apoyo en la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de la Ciudad de Barranquilla, en la revisión y estudio de peticiones presentadas por los usuarios en materia de protección al consumidor.
2. Participar en las actividades de divulgación y difusión de los servicios prestados por la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y la protección al consumidor.	0	8.0	Obligación cumplida. Participó en las jornadas de Difusión mediante llamadas telefónicas durante el periodo comprendido del día 17 al 29 del mes de enero de 2022.
3. Apoyar los procesos de formación a los miembros que conforman la Red Nacional de Protección al Consumidor, comerciantes y comunidad en general, acerca de los derechos, deberes y demás normatividad vigente sobre protección al consumidor.	0	0.0	Esta obligación no se requirió para el presente periodo.
4. Atender oportunamente de acuerdo con los servicios y dentro de las condiciones de operación de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios a los ciudadanos en defensa de sus derechos como consumidores.	0	8.0	Obligación cumplida. Atendió oportunamente dentro de las condiciones de operación de la casa del consumidor de Bienes y Servicios de Barranquilla, a la ciudadanía en general, brindando la debida orientación.
5. Realizar la caracterización de los ciudadanos atendidos, el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas, y la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.	0	8.0	Obligación cumplida. Realizó la caracterización de los ciudadanos atendidos en la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de Barranquilla.
6. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimientos del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, de acuerdo con la programación establecida para tal fin.	0	8.0	Obligación cumplida. Participó en la ejecución de la reunión realizada en las instalaciones de de la casa del consumidor de Barranquilla, en la cual se hizo la transferencia de conocimientos internamente adquiridos por el equipo de apoyo de la Red Nacional de Protección al Consumidor, a fin de actualizar conocimientos y brindar una mejor atención a los ciudadano-consumidores.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato	601-2022	
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	1140829420
Teléfono fijo	6053149017	Celular 1	3006830154			Celular 2	
Teléfono trabajo	6053149017				Ext.		
Dirrección	Carrera 74 #82-82 Torre 3 Apto, 1206				Ciudad		
Correo electrónico 1	yamiletorres034@gmail.com				Correo electrónico 2	yamiletorres034@gmail.	
Regimen Impuento a las	No responsable	X	Responsable		PENSIONADO	SI	NO X

1. Declaro bajo la gravedad de juramento

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el articulo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato objeto de esta declaración, suscrito con La Superintencia de Industria y comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

2. Clasificación tributaria

	Si	NO
Es pensionado		X
Responsable del impuesto a las ventas.		X
Si para la generación de los ingresos por honorarios y/o prestación de servicios personales de este contrato usted los presta de manera personal e intransferible responda "SI" ; o por el contrario fue necesario vincular (2) dos o más trabajadores para el desarrollo de las obligaciones contractuales requeridas para la generación de estos ingresos responda "NO"	X	

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

3. Solicitud deducciones y/o beneficios tributarios

	Si	NO
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por los aportes a la medicina prepagada o plan complementario realizado a las empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendecia Nacional de Salud de acuerdo a la certificacion que adjunto como soporte.		X
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por intereses de vivienda de acuerdo a la certificacion expedida por la entidad que financia el credito y que adjunto como soporte.		X
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificaco por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deduccion por dependientes de acuerdo a lo relacionado en la pestaña de DEPENDIENTES del aplicativo (favor adjuntar archivo en pestaña de DEPENDIENTES).	X	

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Con fecha de aprobación 2022-02-23 13:02:52

	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo		YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato N°	601-2022	Año 2022
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	1140829420	

Artículo 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013 Decreto 3032 de 2013 - Información para depurar la Base de la Retención

1. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

1.1 Concepto _____

1.2 Entidad _____

1.3 Cuenta _____

1.4 Valor _____

2. Informacion de Dependientes, Art. 15, parágrafo 2° de la Ley 1607 de 2012
¨Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes y adjunte los certificados correspondientes¨

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad	X

Relación de dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Decreto 099 del 2013:

DOCUMENTO	NOMBRE	EDAD	DESCRIPCION
1048081659	SANTIAGO MEJÍA TORRES	6	Hijos (as)

Con fecha de aprobación 2022-02-23 13:02:52

Garantías por lotes, grupos o etapas: Sí / No

Cumplimiento: Sí / No

Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato: 20,000000

Valor de la garantía

Fecha de vigencia (desde): 21 días de tiempo transcurrido *(17/01/2022 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de vigencia (hasta): 01/14/2023 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual: Sí / No

Fecha límite para entrega de garantías: 17 días de tiempo transcurrido *(21/01/2022 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de entrega de garantías: 18 días de tiempo transcurrido *(20/01/2022 12:57:32 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones	
	CO1.WRT.8438994	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	9.036.533,40 COP	Seguros del Estado SA	15/01/2023 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle		Cancelar

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 74 N° 82-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1334954208	9428717233	I	2022/02/04	2022/02/21	BANCOLOMBIA	17	$492,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1140829420	TORRES YAMILE	230301	30	$1,697,440	$271,600	EPS005	30	$1,697,440	$212,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,697,440	$8,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,697,440**	**$271,600**			**$1,697,440**	**$212,200**			**$0**	**$0**			**$1,697,440**	**$8,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,600	$0	$0	$271,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,600	$0	$0	$271,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$0	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,900	$0	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,200	$0	$0	$212,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,200	$0	$0	$212,200
TOTAL				1	$492,700	$0	$0	$492,700

2022/02/20 05:27 PM

Garantías por lotes, grupos o etapas: Sí / No

Cumplimiento: Sí / No

Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato: 20,000000

Valor de la garantía

Fecha de vigencia (desde): 21 días de tiempo transcurrido *(17/01/2022 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de vigencia (hasta): 01/14/2023 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual: Sí / No

Fecha límite para entrega de garantías: 17 días de tiempo transcurrido *(21/01/2022 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de entrega de garantías: 18 días de tiempo transcurrido *(20/01/2022 12:57:32 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones	
	CO1.WRT.8438994	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	9.036.533,40 COP	Seguros del Estado SA	15/01/2023 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle		Cancelar

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 74 N° 82-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1334954208	9428717233	I	2022/02/04	2022/02/21	BANCOLOMBIA	17	$492,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1140829420	TORRES YAMILE	230301	30	$1,697,440	$271,600	EPS005	30	$1,697,440	$212,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,697,440	$8,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,697,440**	**$271,600**			**$1,697,440**	**$212,200**			**$0**	**$0**			**$1,697,440**	**$8,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,600	$0	$0	$271,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,600	$0	$0	$271,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$0	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,900	$0	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,200	$0	$0	$212,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,200	$0	$0	$212,200
TOTAL				1	$492,700	$0	$0	$492,700

2022/02/20 05:27 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 74 N° 82-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2021-12	1308851214	9430434223	N	2022/01/06	2022/02/02	BANCOLOMBIA		$228,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1140829420	TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	230301	30	($908,526)	($145,400)	EPS005	30	($908,526)	($113,600)		0	$0	$0	14-23	30	($908,526)	($4,800)	0	$0	$0
2	CC	1140829420	TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	230301	30	$1,697,440	$271,600	EPS005	30	$1,697,440	$212,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,697,440	$8,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$788,914**	**$126,200**			**$788,914**	**$98,600**			**$0**	**$0**			**$788,914**	**$4,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$126,200	$0	$126,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$126,200	$0	$126,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,100	$0	$4,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,100	$0	$4,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$98,600	$0	$98,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$98,600	$0	$98,600
TOTAL				1	$228,900	$0	$228,900

2022/02/02 02:31 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 74 N° 82-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2021-12	1255151942	9428473064	I	2022/01/06	2021/12/21	BANCOLOMBIA		$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1140829420	TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$4,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$263,800**	**$0**	**$263,800**

2022/02/02 02:30 PM