Bogotá D.C, octubre 18 de 2022

Señores
DIVISIÓN FINANCIERA
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Remisión Cuenta de Cobro

Por medio de la presente, remito a ustedes la cuenta de cobro del Contrato **N° 1821 del 04 de agosto de 2022**, a nombre del contratista **JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CACERES**, correspondiente al periodo entre el 16 de septiembre al 15 de octubre de 2022.

Anexo:

1. Formato Único de Contratistas
2. Informe de labores.
3. Certificaciones del cumplimiento del objeto del contrato
4. Carta decreto 2271 de 2009.
5. Planilla de pago de seguridad social integral del mes

Cordialmente,



JUAN ENRIQUE AARON RIVERO
Jefe División Personal
Cámara de Representantes

Revisó: Andrés Felipe Durán

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA – CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 899999098-0	**FORMATO UNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS**	Código:		Pág. 1 de 1
		Versión:	001	
		Fecha de Aprobación:	16/05/2022	
		DIVISION FINANCIERA Y PRESUPUESTO		
		Proceso: ORDEN DE PAGO		

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA DIVISION FINANCIERA Y PRESUPUESTO

I. DATOS BASICOS DEL CONTRATO No 1831

BENEFICIARIO:	JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CÁCERES		
C.C. o NIT:	1098662384		
SUPERVISOR	DR. JUAN ENRIQUE AARON RIVERO - JEFE		
FECHA DE INICIO	16/08/2022	FECHA DE TERMINACION	30/12/2022

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR A LA DIVISION DE PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES DE SISTEMATIZACION, EVACUACION DE FONDOS ACUMULADOS Y ARCHIVO DE GESTION PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA

II. DESCRIPCION DEL PAGO

No de cuenta de cobro	**2**	**Periodo a cobrar**	16/09/2022	15/10/2022	**Acta:**	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	CPS_1831_2022		**RP No.**	255722			
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$ 4.000.000	VALOR EN LETRAS:	**CUATRO MILLONES DE PESOS**				

ESTADO DE CUENTA

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.000	**Valor acta parcial No 04**	$.....	**Valor acta parcial No 09**	$.....
Adición (si lo hay)	$.....	**Valor acta parcial No 05**	$.....	**Valor acta parcial No 10**	$.....
Valor acta parcial No 01	$ 4.000.000	**Valor acta parcial No 06**	$.....	**Valor acta parcial No 11**	$.....
Valor acta parcial No 02	$ 4.000.000	**Valor acta parcial No 07**	$.....	**Valor acta parcial No 12**	$.....
Valor acta parcial No 03	$.....	**Valor acta parcial No 08**	$.....	**Saldo (valor pendiente para pago)**	**$ 10.000.000**

III. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El supervisor certifica que ha verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe, y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. Se encuentran cargados en el sistema secoop.

No Planilla SS.	PENSIÓN	SALUD	ARL	TOTAL PAGADO	Período pagado de SS	SEPTIEMBRE_22
7849895100	$ 263.700	$206.000	$ 8.700	$478.000		

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA					CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA, QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACION:					
1. Que los pagos aportados de seguridad social sobre el periodo informado en la presente acta corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como contratista de la Camara de Representantes, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado .					**Certifico que, previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe de actividades y/o del producto establecido en el contrato, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el mismo, por lo que cumple con todos los requisitos legales y, por tanto, autorizo el pago.**
2. He contratado o vinculado dos (2) o más personas asociados a la actividad del presente contrato, (Artículo 383 E.T. Parágrafo 2.).	SI		NO	x	
3. Manifiesta que es del regimen Comun	SI		NO	x	
4. Manifiesta que es del regimen Simplificado	SI	x	NO		

EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCION

6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a. Intereses de crédito de vivienda	SI		NO	x	**Valor Anual: $**_____
b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI		NO	x	**Valor Mensual: $**_____
c. Dependientes	SI		NO	x	

La presente certificación se expide a los 18 días del mes de octubre de 2022

Observaciones:

RESPONSABLE:

FIRMA

Nombre: Juan Enrique Aarón Rivero
Cargo: Jefe División de Personal

Funcionario de la División Financiera que Revisó:

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

LA SUSCRITA JEFE DE LA DIVISIÓN DE PERSONAL DE LA H. CAMARA DE REPRESENTANTES

Hace constar que el señor(a) **Jaiber Leonardo Villamizar Cáceres,** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1098662384,** cumplió con el objeto y las obligaciones del Contrato de **CTP** N° **1831** del 05 de 08 de 2022 "***PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR A LA DIVISION DE PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES DE SISTEMATIZACION, EVACUACION DE FONDOS ACUMULADOS Y ARCHIVO DE GESTION PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA"***, por el periodo comprendido entre el 16 de septiembre al 15 de octubre de 2022.

La presente se otorga en Bogotá D.C. el 18 de octubre de 2022, con el fin de certificar el cumplimiento de lo contratado.

Cordialmente,



JUAN ENRIQUE AARON RIVERO
Jefe División de Personal

Revisó: Andrés Felipe Duran

Bogotá D.C, octubre 18 de 2022

Señores
DIRECCIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Ciudad

Referencia: CERTIFICACIÓN DECRETO 2271 DE JUNIO 18 DE 2009

Cordial saludo,

En atención a la referencia, obrando en nombre propio e identificada como aparece al pié de mi firma, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que los pagos aportados de seguridad social, correspondiente al mes de septiembre de 2022, corresponden a los ingresos percibidos como contratista de la Cámara de Representantes, con la cual tengo suscrito el contrato número1831 del 05 de agosto de 2022, Iniciando el 16 de agosto y finalizando el 30 de diciembre de 2022, por un valor de dieciocho millones de PESOS M/CTE ($18,000,000,00)

El valor del presente pago es por la suma de **CUATRO MILLONES DE PESOS ($ 4.000.000) M/CTE,** durante el periodo de 16 de septiembre al 15 de octubre de 2022.

Igualmente, certifico que pertenezco al régimen Simplificado.

Igualmente, manifiesto que de conformidad al parágrafo 2 del ART 383 E.T. no tengo contratos a mi cargo dos o más personas asociadas a este contrato.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C, octubre 18 de 2022.



JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CACERES
C.C. 1098662384
CONTRATISTA

Revisó: Andrés Felipe Durán

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
FORMATO DE ACTA N° 2

Contrato No.	1831 de 05 de agosto de 2022		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR A LA DIVISION DE PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES DE SISTEMATIZACION, EVACUACION DE FONDOS ACUMULADOS Y ARCHIVO DE GESTION PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA		
Valor total	$ 18.000.000	**Reg. Presupuestal No.**	255722
Contratista	JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CÁCERES		
Supervisor	DR. JUAN ENRIQUE AARON RIVERO - JEFE DIVISION DE PERSONAL		
Fecha de Inicio	16 de agosto de 2022		
Fecha de terminación	30 de diciembre de 2022		
Plazo de Ejecución	4 MESES 15 DIAS		

FECHA DEL ACTA N°2	**Año**	**Mes**	**Día**
	2022	10	18

En la ciudad de Bogotá D.C., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente ACTA N°2 del contrato antes identificado y autorizan su correspondiente pago.

Periodo informado	del 16 de septiembre al 15 octubre de 2022
Actividades desarrolladas	Se realiza la digitalización de las historias Clinicas año 2021 de los funcionarios que van a odontología y deben reposar en SST. Escaneo de todas los formatos de contratistas primer trimestre 2022 al drive de Personal. Organización documentos de cada posecion de UTL que reposa en fisico segundo trimestre año 2022. Se recepcionan las solicitudes de prestamos de las Hojas de vida, se entregan con acta y se da una fecha limite de entrega para que regresen al archivo según necesidad de las solicitudes. Y solicitudes para apoyo en encargos. Escaneo de todas los formatos de UTL año 2022 . Se envia a los email correspondientes que llegan en el correo de bienestar para las dependencias solicitadas. Verificación de los planes de Bienestar y personal para sus respectivas correcciones y modificaciones para el desarrollo en 2023
Evidencias de la ejecución del contrato	ADJUNTO INFORME DE LABORES REVISADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

ESTADO DE CUENTA

Valor Contrato	**DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (18.000.000,00)**		
Valor Acta N°2	**CUATRO MILLONES DE PESOS ($ 4.000.000,00)**		
SALDO(VALOR PENDIENTE PARA PAGO)	**OCHO MILLONES DE PESOS (8.000.000,00)**		
Entidad en donde se realiza el pago.	NUEVO SOI	**Valor total del aporte**	**$ 478.400**
Recibo No.	7849895100	**Salud**	$ 206.000
Periodo Cotizado	sep-22	**Pension**	$ 263.700
		ARP	$ 8.700
		CCF-COMPENSAR	

ANEXOS:	
Copia planillas de aporte Pagado	**X**

Firma		
Nombre	**JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CÁCERES**	**DR.JUAN ENRIQUE AARON RIVERO**
	Contratista	**Supervisor**

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES POR PARTE DEL CONTRATISTA
(APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES)

CODIGO	
VERSION	
FECHA	
PAGINA	

NOMBRE:	JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CÁCERES				**C.C. No:**	1098662384	
N° CONTRATO:	CPS_1831_20	**AÑO CONTRATO:**	2022	**VIGENCIA DESDE:**	16/08/2022	**HASTA:**	30/12/2022

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR A LA DIVISION DE PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES DE SISTEMATIZACION, EVACUACION DE FONDOS ACUMULADOS Y ARCHIVO DE GESTION PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA

NÚMERO DE PAGO	**2**
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:	JUAN ENRIQUE AARON RIVERO

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO

DETALLAR OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO	DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO
Apoyar a la División en la evacuación de fondos acumulados de documentos de gestión.	Se realiza la digitalización de las historias Clinicas año 2021 de los funcionarios que van a odontología y deben reposar en SST.
Apoyar en la gestión y sistematización del archivo general de la dependencia.	Escaneo de todas los formatos de contratistas primer trimestre 2022 al drive de Personal.
Apoyar la organización del archivo físico que reposa en la División de Personal.	Organización documentos de cada posecion de UTL que reposa en fisico segundo trimestre año 2022
Apoyar la duplicación de documentos que requiera la División y préstamo de historias laborales.	Se recepcionan las solicitudes de prestamos de las Hojas de vida, se entregan con acta y se da una fecha limite de entrega para que regresen al archivo según necesidad de las solicitudes. Y solicitudes para apoyo en encargos
Apoyar a la División escaneando los documentos de gestión e historias laborales actualizadas.	Escaneo de todas los formatos de UTL año 2022 .
Apoyar a la División escaneando los documentos de gestión e historias laborales actualizadas.	Se envia a los email correspondientes que llegan en el correo de bienestar para las dependencias solicitadas.
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.	Verificación de los planes de Bienestar y personal para sus respectivas correcciones y modificaciones para el desarrollo en 2023

Productos y/o Otros Anexos

DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN EL AREA DE PERSONAL, BIENESTAR Y URGENCIAS MEDICAS

Observaciones o Información Adicional

FIRMA DEL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

* ***En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe***

FIRMA DEL SUPERVISOR

Revisó: Andrés Felipe Durán

Si usted copia o imprime este documento, la URT lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre la Intranet

NOMBRE: _____
CEDULA: _____
CARGO AL QUE ASPIRA: _____
UTL: _____
NATURALEZA DEL CARGO (solo para planta):_____

Novedad Nueva _____ Cambio de Cargo _____ Cargo anterior _____

DOCUMENTO	VERIFICACION	
	Nombra.	Posesión
Hoja de vida diligenciada del (SIGEP) con sus respectivos soportes.		
Declaración Juramentada de Bienes y Rentas diligenciada en (SIGEP)		
Copia Legible de Cédula de Ciudadanía al 150% total (4 copias)		
Copia Libreta Militar o Certificado provisional en línea (**Obligatoria para hombres menores de 50 años)**		
Certificados de Estudios		
Copia de Tarjeta o Matricula Profesional **(Para las profesiones que la requieran)**		
Constancias Laborales		
Certificado de Antecedentes Disciplinarios actual		
Certificados de Antecedentes Fiscales actual		
Certificado de Antecedentes Judiciales actual		
Certificado de Antecedentes del Consejo Superior de la Judicatura -actual – **Solo para Abogados.**		
Vigencia de la Tarjeta Profesional actual		
Certificado de Afiliación a Salud actual		
Certificado de Afiliación a Pensión actual		
Certificación Cuenta Bancaría actual		

Revisó doc. para nombramiento: _____Fecha: _____

Revisó doc. para posesión: _____Fecha: _____

OBSERVACIONES:

1. Si no cuenta con clave de SIGEP por favor enviar un correo a sigepcamara@gmail.com con su cedula escaneada por las dos caras y perfectamente legible; a vuelta de correo se enviará su clave y su usuario será la cedula. Adjuntando correo electrónico de cada una de las personas a vincular. Es necesario revisar en bandeja de correo no deseado ya que usualmente llega allí.

2. Para el día de la posesión trae a la mano copia cédula al 150% y certificación bancaria.

REQUISITOS MÍNIMOS

Resolución 1095 de 2010 Manual de funciones y requisitos mínimos para todos los empleos de la planta de personal

CARGO	SMLV	REQUISITO
ASISTENTE I	Tres (3)	Las calidades de Asistentes I, II, III, IV y V de las Unidades de Trabajo Legislativo serán las que determine el Honorable Representante de conformidad con las necesidades del servicio.
ASISTENTE II	Cuatro (4)	
ASISTENTE III	Cinco (5)	
ASISTENTE IV	Seis (6)	
ASISTENTE V	Siete (7)	
ASESOR I	Ocho (8)	Haber culminado estudios universitarios o tecnológicos, haber cursado dos (2) años de estudios universitarios o tecnológicos y tener un (1) año de experiencia laboral
ASESOR II	Nueve (9)	Título de educación superior, o terminación de estudios superiores.
ASESOR III	Diez (10)	Título de educación superior y un (1) año de experiencia profesional
ASESOR IV	Once (11)	Título de educación superior y dos (2) años de experiencia profesional
ASESOR V	Doce (12)	Título de educación superior y tres (3) años de experiencia profesional
ASESOR VI	Trece (13)	Título de educación superior (formación universitaria o profesional) título de formación avanzada o postgrado y tres (3) años de experiencia profesional
ASESOR VII	Catorce (14)	Título de educación superior (formación universitaria o profesional) título de formación avanzada o postgrado y cuatro (4) años de experiencia profesional
ASESOR VIII	Quince (15)	Título de educación superior (formación universitaria o profesional) título de formación avanzada o postgrado y cinco (5) años de experiencia profesional

ORDEN DE LOS FORMATOS

	FORMATOS
	OFICIO DE POSTULACION
1	FORMATO VERIFICACION DOCUMENTOS REQUISITOS
2	FORMATO TRATAMIENTO DE DATOS
3	FORMATO DECLARACION DOCUMENTOS AUTENTICOS
4	FORMATOS AFILIACIONES APORTES DE LEY
5	FORMATO INFORMACION PARA PREPENSIONADOS
6	FORMATO CUENTA BANCARIA
7	FORMATO DEMANDA DE ALIMENTOS
8	FORMATOS REGIMENES ESPECIALES
9	COMPROMISO DEFINICION SITUACION MILITAR
10	FORMATO AUTORIZACION DE DESCUENTO
11	FORMATO ACEPTACION POSTULACION

Bogotá, D.C. _____

Señores
DIVISION DE PERSONAL
CAMARA DE REPRESENTANTES
Ciudad.

ASUNTO: Declaración de Autenticidad de documentos.

Declaro bajo gravedad de juramento que los documentos que aporto, para la posesión en el cargo como funcionario(a) de la Cámara de Representantes, son válidos y auténticos.

De igual manera autorizo a la Cámara de Representantes, con fundamento en el Artículo 9 de la Ley 1581 de 2012, para que sea verificada la autenticidad de los títulos y/o certificaciones, con que acredito el requisito de educación, con las instituciones por quienes fueron otorgados.

De igual manera manifiesto que asumo la responsabilidad que se pueda derivar de inconsistencias de autenticidad resultantes de la verificación.

Atentamente,

_____
Firma

_____
Nombre y Apellidos

_____
No. Cedula

_____
Correo Electrónico

Bogotá, D.C. _____

Señores
JEFE DE SECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL
DIVISION DE PERSONAL

Me permito detallar las entidades en que me encuentro afiliado para efectos de que me sean consignados mis aportes de ley:

PENSIÓN:_____.

SALUD:_____.

CESANTIAS:_____.

CAJA DE COMPENSACIÓN:_____.

Cordialmente,

NOMBRE_____.
C.C. No.

Bogotá, _____ Yo_____ identificado con _____ al presentarme al actual proceso de posesión, manifiesto que SI___ NO___ pertenezco a un Régimen Especial de Salud.1 Al haber manifestado que SI pertenezco, informo que vengo del régimen especial _____ y que reconozco que es mi responsabilidad: 1. Estar pendiente de mi retiro del Régimen Especial mencionado, si hubiere lugar. 2. En caso de producirse el retiro del Régimen Especial, afiliarme inmediatamente a una Entidad Promotora de Salud -EPS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Reportar de manera inmediata a la Cámara de Representantes, División de Personal, la novedad de ingreso a la correspondiente EPS. 4. Exonerar de toda responsabilidad a la Cámara de la República, por los inconvenientes en la prestación del servicio de la salud, que puedan ocurrir con ocasión del cambio de régimen.

Firma _____

Nombre_____

Tipo y número de documento identidad _____

Bogotá, D.C.

Señores
CAMARA DE REPRESENTANTES
DIVISION DE PERSONAL
Bogotá.

ASUNTO: DECLARACIÓN DE PROCESO DE ALIMENTOS.

Yo, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en cumplimiento de la ley 311 del 12 de Agosto de 1996 y ley 962 del 6 de julio de 2005, declaro bajo gravedad de juramento, que no conozco que curse en mi contra proceso de demanda de alimentos, en caso que exista me comprometo a cumplir con ellas.

Cordialmente,

FIRMA:

NOMBRE:

Cédula No. de .

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098662384
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIBER LEONARDO VILLAMIZAR CACERES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 95 N 9A-57	TELÉFONO:	8851273
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:				**7849895100**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2022/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1690157563

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 263.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.700	$ 0	$ 263.700
SUBTOTALES:										**$ 263.700**	**$ 0**	**$ 263.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 206.000
SUBTOTALES:													**$ 206.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 206.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.700	$ 8.700	$ 0	$ 0	$ 8.700
SUBTOTALES:									**$ 8.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																		
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1098662384	VILLAMIZAR CACERES JAIBER LEONARDO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.648.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.648.000	$ 263.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 263.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.648.000	$ 206.000	$ 0	$ 206.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.648.000	109866238	$ 8.700		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	**$ 478.400**