Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmaljure	MARIA CECILIA ALJURE ORTIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-01-01-000	MPS - GESTION GENERAL
Fecha y Hora Sistema:	2018-10-29-2:23 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	3335518	**Fecha Registro:**	2018-10-29	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		36-01-01-000 MPS - GESTION GENERAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**	No	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	7.769.176,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	7.769.176,00	**Saldo x Ordenar:**	7.769.176,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00			**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	7.769.176,00			**Nro. Compromiso:**	580118	**Nro. Cdp:**	54118
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00			**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	80064

TERCERO

Identificacion:	800152840	**Razon Social:**	FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	24507618193	**Banco:**	BCSC S A	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**			
Numero:	1006018	**Tipo:**	Pago Sin Descuentos	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	511-18	**Tipo:**	CONVENIO	**Fecha:**	2018-10-29

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
000 MPS - GESTION GENERAL	C-3602-1300-8 FORTALECIMIENTO DE MECANISMOS DE ANÁLISIS Y DE HERRAMIENTAS PARA APOYAR EL DISEÑO Y MONITOREO DE LA POLÍTICA DEL MERCADO DE TRABAJO A NIVEL NACIONAL Y LOCAL	Nación	11	CSF					
					Total:	7.769.176,00	0,00	7.769.176,00	7.769.176,00

Objeto:	1 PAGO CORRESPONDIENTE AL 40% DEL VALOR DE LOS APORTES DEL MINISTERIO

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
000 MPS - GESTION GENERAL	3-8 CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2018-10-31	Generada	7.769.176,00

GOBIERNO DE COLOMBIA MINTRABAJO

MINTRABAJO
No. Radicado 08SI2018211000000026445
Fecha 2018-10-26 09:43:27 am
Remitente Sede CENTRALES DT
Depen SUBDIRECCION ANALISIS MONITOREO Y PROSPECTIVA LABORAL
Destinatario GRUPO DE CONTABILIDAD
Anexos 0 Folios 1
COR08SI2018211000000026445
Al responder por favor citar este número de radicado

Bogotá D.C., 26 de octubre de 2018

MEMORANDO

PARA: **DR. LUIS ORLANDO QUEMBA GONZÁLEZ**
COORDINADOR GRUPO DE CONTABILIDAD

DE: **DIANA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**
SUBDIRECTORA ANÁLISIS, MONITOREO Y PROSPECTIVA LABORAL

ASUNTO: **Remisión de Documentos para el trámite del primer pago del Convenio 511 de 2018**

Comedidamente remito los documentos soporte para el pago del 40% del valor de los aportes del Ministerio de Trabajo del Convenio 511 de 2018, correspondientes al primer desembolso,suscrito con Fundacion Universitaria de San Gil- UNISAGIL, a partir del 10/8/2018. Para tales efectos anexo los siguientes documentos:

1. Formato GC-F-01 para pago parcial
2. Formato GC-F-04 matriz concepto y porcentaje de cumplimiento
3. Certificado de Parafiscales
4. Carta remisoria de informe de actividades

Atentamente,

DIANA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Anexo: uno (4 folios)

26/10/18

Sede Administrativa
Dirección: Carrera 14 No. 99-33
Pisos 6, 7, 10, 11, 12 y 13
Teléfonos PBX
(57-1) 5186868

Sede Administrativa
Dirección: Carrera 14 No. 99-33
Pisos 6, 7, 10, 11, 12 y 13
Teléfonos PBX
(57-1) 5186868

MINTRABAJO	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME PARA PAGO PARCIAL	Código: GC-F-01 Versión: 5.0 Fecha: Julio 29 de 2015 Página: 1 de 63

Formato No. 1

CONTRATO No. 511				
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: Fundacion Universitaria de San Gil- UNISAGIL				
DIRECCIÓN: KM 15 Via San Gil - Charala Vrda Bejaranas, San Gil, Santander		TELÉFONO: 7242534 / 7245757		
CÉDULA Y/O NIT: 800.152.840-4		CORREO ELECTRÓNICO: rectoria@unisangil.edu.co		
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTORES (ES): Diana Hernández Hernandez				
DEPENDENCIA: Subdirección de Análisis, Monitoreo y Prospectiva laboral		No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 11199		
NOMBRE RESPONSABLE DE ÁREA, DIRECTOR O, SUBDIRECTOR O JEFE DE OFICINA (SEGÚN CORRESPONDA): Diana Hernandez Hernandez				
DEPENDENCIA: Subdirección de Análisis, Monitoreo y Prospectiva laboral		No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 11198		
OBJETO: Aunar esfuerzos técnicos, institucionales, financieros, humanos y tecnológicos con el Ormet Casanare para fortalecer el seguimiento y el análisis de la dinámica del mercado de trabajo del territorio, a través del levantamiento de información, desarrollo de iniciativas, diseño e implementación de metodologías y promoción y divulgación de resultados.				
PLAZO DE EJECUCIÓN: 30 de diciembre de 2018				
Fecha de Inicio: 10/8/2018		Fecha terminación del contrato inicial: 30 de diciembre de 2018		
VALOR HONORARIOS: N/A				
VALOR DESPLAZAMIENTOS:				
ADICIÓN (Recursos): Discriminar valores de honorarios y desplazamientos-por vigencias si a ello hubiere lugar				
PRÓRROGA (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)				
SUSPENSIÓN:				
CESIÓN:				
CONCEPTO DEL PAGO: Pago del Convenio 511 de 2018, primer desembolso del 40%				
ASPECTO ECONÓMICO				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO $19.422.940	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR	SALDO LIBERADO	SALDO POR PAGAR

Número y fecha del Registro Presupuestal				
580118 del 08 de octubre del 2018	$0	$7.769.176	$0	$11.653.764

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SALUD: (Valor pagado): No aplica **CUMPLIÓ: (SI / NO)**	**PENSIÓN: (valor pagado): No aplica** **CUMPLIÓ: (SI / NO)** **ARL (Valor pagado): No aplica** **CUMPLIÓ: (SI / NO)**

NUMERO DE PLANILLA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE FECHA: (incluir número y fecha).

7702457091 del 09 de octubre de 2018

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) y/o INTERVENTOR (ES) (Revaluación del Proveedor)

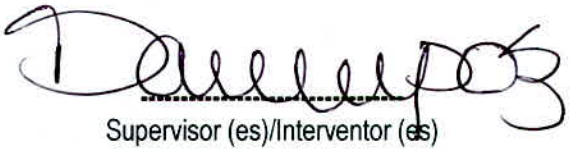
El/La contratista, __**Fundacion Universitaria de San Gil- UNISAGIL** _____, cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato No. ___**511**_____, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el periodo arriba mencionado, correspondiente al Contrato principal.

(Nota: Para cada pago, es necesario, anexar el formato denominado "Matriz Concepto y Porcentaje de Cumplimiento de Obligaciones y/o Productos Contractuales").

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
Por lo anterior, se debe pagar al contratista la suma de ___**$7.769.176**_____

En calidad de supervisor del contrato No. 511 de 2018 certifico que Diana Hernandez Hernandez ha sido informado de los avances en la ejecución del presente contrato.

MINTRABAJO	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME PARA PAGO PARCIAL	Código: GC-F-01
		Versión: 5.0
		Fecha: Julio 29 de 2015
		Página: 3 de 63

OBSERVACIONES
Fecha de PAC: 10 de septiembre de 2018
FIRMA RESPONSABLES:  Supervisor (es)/Interventor (es)
FECHA:

MINTRABAJO	PROCESO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES	Código: GC-F-04 Versión: 2.0 Fecha: Abril de 2017 Página 1 de 1

CUMPLIMIENTO CONTRATO No 511 CON EL MINISTERIO DEL TRABAJO (1)

Aunar esfuerzos técnicos, institucionales, financieros, humanos y tecnológicos con el Ormet Casanare para fortalecer el seguimiento y el análisis de la dinámica del mercado de trabajo del territorio, a través del levantamiento de información, desarrollo de iniciativas, diseño e implementación de metodologías y promoción y divulgación de resultados.

CONTRATISTA: (3)	INTERVENTOR (ES) Y/O SUPERVISOR (ES): (4) encargado		PERIODO: (5)
Fundación Universitaria de San Gil - Unisangil	Diana Hernández Hernández		40%
OBLIGACIÓN (6)	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)**	**PRODUCTO ENTREGADO (8)**	**OBSERVACIONES (9)**
Construir un documento técnico con el levantamiento y análisis de información del mercado de trabajo que genere incidencia y responda a las necesidades de un territorio del área de influencia: Este componente corresponde el levantamiento y análisis de información del mercado de trabajo, que responda al desarrollo de una iniciativa teniendo en cuenta las necesidades del territorio en temáticas de mercado de trabajo y por ende genere incidencia. El tema de la iniciativa debe cumplir con los siguientes items, anexando las correspondientes evidencias: i. Que esté incluida en un plan a nivel territorial, por ejemplo: plan de desarrollo departamental, plan de desarrollo municipal, plan sectorial, entre otros ii. Que haya sido aprobada en el comité técnico del Ormet. iii. Que haya sido avalada en un espacio de discusión regional.	40,0%	Documento con la metodología para el levantamiento y análisis de información del mercado de trabajo que genere incidencia y responda a las necesidades de un territorio del área de influencia	

SUPERVISOR (ES) Y/O
INTERVENTOR (ES)

José Jair González Gamba
CONTADOR PÚBLICO
ESP. REVISORÍA FISCAL Y AUDITORÍA EXTERNA

Señores
MINISTERIO DE TRABAJO
Ciudad

En mi calidad de Revisor Fiscal de la **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL** y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los artículos 50 de la Ley 789 de 2002 y 9º de la Ley 828 de 2003.

CERTIFICO:

Que del examen efectuado en relación con el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales, se pudo verificar que la administración ha dado cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los últimos seis (06) meses, en la forma que se relaciona a continuación:

Periodo	Aportes a Salud	Aportes a Riesgos Profesionales	Aportes a Fondos de Pensiones	Aportes al SENA, ICBF y CAJA
Abril de 2018	$146.712.500	$14.112.400	$182.826.500	$104.852.800
Mayo de 2018	$139.608.200	$13.931.900	$173.217.700	$99.999.600
Junio de 2018	$118.381.800	$12.612.200	$146.251.300	$87.786.600
Julio de 2018	$111.971.200	$6.340.600	$137.831.500	$79.824.000
Agosto de 2018	$139.033.900	$8.069.200	172.852.500	$98.837.800
Septiembre de 2018	$146.812.600	$12.437.200	$182.738.200	$104.453.600

La presente certificación se expide en San Gil – Santander, a los veinticinco (25) días del mes de octubre de 2018.

JOSÉ JAIR GONZÁLEZ GAMBA
Revisor Fiscal
C.P. Tarjeta Profesional No. 63055-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
91.068.948

GONZALEZ GAMBA
APELLIDOS

JOSE JAIR
NOMBRES





INDICE DERECHO

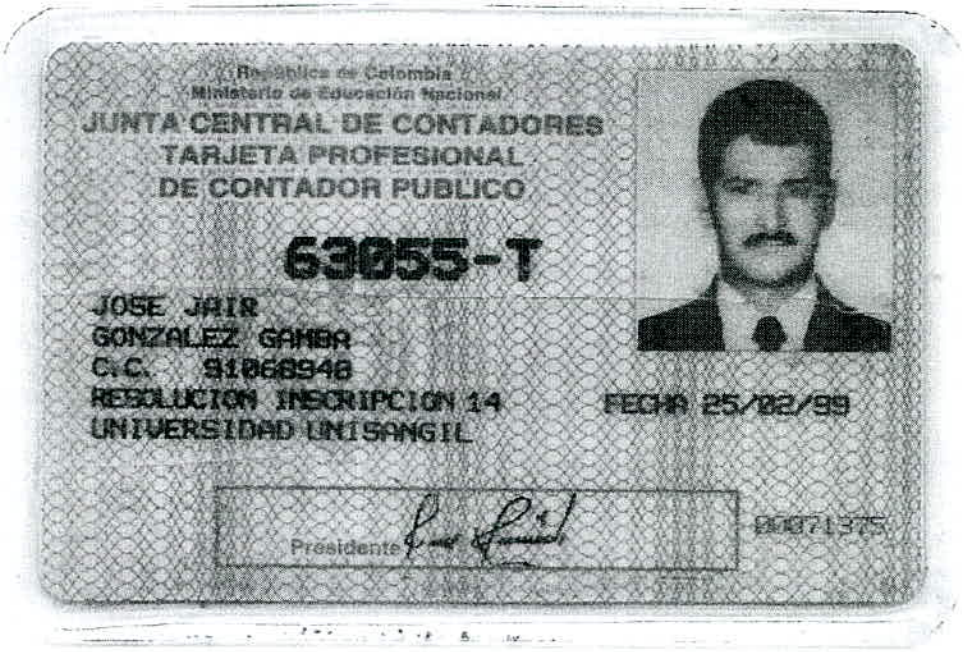
FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1963**
PUENTE NACIONAL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-1981 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2702800-00150871-M-0091068948-20090225 0010035166A 1 24081415



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

63055-T

JOSE JAIR
GONZALEZ GAMBA
C.C. 91068948
RESOLUCION INSCRIPCION 14 FECHA 25/02/99
UNIVERSIDAD UNISANGIL

Presidente

00071375



FIRMA DEL TITULAR 020217

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de Contadores.

91068948

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0F5FA3667664C219

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE JAIR GONZALEZ GAMBA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91068948 de SAN GIL (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 63055-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		SUCURSAL	
CAPITAL APORTES		SANTA DEPARTAMENTO	
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	
TIPO APORTANTE		CENTRO	
SECTOR		CLASE APORTANTE	
CLASE DE APORTANTE		ACTIVIDAD ECONÓMICA	
MODALIDAD PLANILLA		SUCURSAL	
APORTANTE EXONERADO DE APORTES SALUD, OTROS SI			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	**7702457091**	TIPO DE PLANILLA	
PERIODO APORTE (MM/YYYY)		FECHA PAGO	
DÍAS DE MORA			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		ESTADO APORTE AUTOMÁTICO	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA INTERESES	MORA FSP	TOTAL APORTE	TOTAL MORA	TOTAL INTERESES MORA
25-01	[illegible]	10	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.100	$ 5.104.100	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0
25-02	[illegible]	10	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0
25-04	[illegible]	10	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.100	$ 5.104.100	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0
25-05	[illegible]	10	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.100	$ 5.104.100	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0
SUBTOTALES										$ 71.080.900	$ 0	$ 71.080.900

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	AUTOLIQUIDACIÓN PLANILLA	AUTOLIQUIDACIÓN VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTAL APORTE	TOTAL MORA	TOTAL INTERESES MORA	TOTAL APORTE MORA
25-01	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 10.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.196.100	$ 0	$ 0	$ 0
25-04	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 10.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.196.100	$ 0	$ 0	$ 0
25-05	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.019.610	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.019.610	$ 0	$ 0	$ 0
25-07	[illegible]	44		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.103.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.103.000	$ 0	$ 0	$ 0
25-08	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 7.364.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.364.100	$ 0	$ 0	$ 0
25-09	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4.118.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.118.900	$ 0	$ 0	$ 0
25-10	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0
25-11	[illegible]	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.196.100	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES													$ 55.225.400	$ 0	$ 0	$ 55.225.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	AUTOLIQUIDACIÓN PLANILLA	AUTOLIQUIDACIÓN VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	MORA APORTE	MORA INTERESES	TOTAL APORTE	TOTAL MORA	TOTAL INTERESES MORA
14-01	[illegible]	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.268.100	$ 0	$ 0	$ 2.268.100	$ 0	$ 0
SUBTOTALES												$ 2.268.100	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTE	MORA	INTERESES MORA
24-01	[illegible]	10	$ 17.415.400	$ 0	$ 0
SUBTOTALES			$ 17.415.400	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTE	MORA	INTERESES MORA
31-01	[illegible]	10	$ 0	$ 0	$ 0
31-02	[illegible]	10	$ 22.032.300	$ 0	$ 0
SUBTOTALES			$ 22.032.300	$ 0	$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| No. | TIPO IDENTIFICACIÓN | NÚMERO | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | HEF | HRF | HNF | HED | HEN | HRN | HDF | HRD | HDN | AVP | VCT | IGE | LMA | VAC | AVC | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVC | VST | SLN | PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO | PERIODO PAGO | PERIODO PAGO | PERIODO

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	800.175.040
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL
DIRECCIÓN PRINCIPAL		DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN	KR 11 2A 24 SAN GIL CAMPUS TELEFONO	CIUDAD	SAN GIL
TIPO APORTANTE	01 EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	A MAS DE 200 COTIZANTES
ACTIVIDAD ECONÓMICA			Personas Naturales sin Actividad Comercial
CLASE PERSONA	PRIVADA	ACTUALIZACIÓN CORREGIDA	0001 1900
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SENA, ICBF Y CCF		SECCIONAL	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TIPO DE PLANILLA							E
PERIODO PAGO APORTES	MES	AÑO	TIPO PLANILLA	MES	AÑO		EMPLEADOS
DIAS DE MORA	0						
FECHA PAGO							

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SOI

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

RAZÓN SOCIAL:	NIT (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN):	DIGITO:	0
NOMBRE COMERCIAL:		FECHA DE INGRESO:	
DIRECCIÓN:	MUNICIPIO:		
TELÉFONO:		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
CORREO ELECTRÓNICO:		CLASE DE APORTANTE:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		NATURALEZA JURÍDICA:	
APORTANTE EXPERIMENTAL APORTES SALUD (ENAES)		RÉGIMEN TRIBUTARIO:	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7702457091	TIPO DE PLANILLA:			
PERIODO PAGO SALUD:	MES:	PERIODO PAGO ARL:	MES:		
FECHA PAGO:					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

7702457091 TIPO DE PLANILLA

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SOI

Planilla Piloto

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN		TOTAL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	900135341
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		FUNDACION INVERSIONISTA DE SANTA	SANTANDER
DIGITO VERIFICACIÓN		SANTANDER	124010
TIPO APORTANTE		A MAS DE 100 COTIZANTES	
TIPO PERSONA		Personas Naturales sin Actividad Comercial	
CLASE DE PRESTACIÓN		0001-0005	
APORTANTE EXONERADO LEY 1429 DE 2010		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		**770245701**	TIPO DE PLANILLA		E
PERIODO LIQUIDACIÓN APORTES	MES	MARZO	AÑO	2021	
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (AAAA-MM-DD)		2021-04-20	NÚMERO PLANILLA ASOCIADA		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	800250
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		FUNDACION UNIVERSITARIA DE AREAS	
CÓDIGO SUCURSAL		SANTANDER	
DIRECCIÓN		CALLE	
TIPO APORTANTE		EMAIL	
DEPARTAMENTO		CIUDAD	
TELEFONO		A MAS DE 200 COTIZANTES	
PLANILLA ASOCIADA		CLASE APORTANTE	Personas Naturales de Actuar Empresa
APORTANTE EXONERADO APORTES SENA ICBF		SUCURSAL SUCURSAL DE REFERENCIA	000 - SIN
APORTANTE EXONERADO APORTES SENA ICBF	SI/NO	ESTABLECIMIENTO REFORMA TRIBUTARIA	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	77024570	91	TIPO DE PLANILLA		E - EMPLEADOS
PERIODO PAGO APORTES	MES	AÑO	TIPO PERIODO PAGO PLANILLA	MES	AÑO
FECHA PAGO					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| N | DATOS COTIZANTE | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO DE PLANILLA:	N	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SUCURSAL:	
DIRECCIÓN:		DEPARTAMENTO:	
MUNICIPIO:		MES Y AÑO SALUD/ARL/APORTES PARAFISCALES:	
FECHA DE PAGO:		CLASE DE APORTANTE:	
TIPO DE APORTANTE:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
CÓDIGO ADMINISTRADORA:		SECCIONAL SUBSECCIONAL CERTIFICADO:	
CONTRATANTE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL / DIRECCIÓN / MUNICIPIO / DEPARTAMENTO / VALOR TOTAL DEL CONTRATO / NÚMERO DEL CONTRATO / INFORMACIÓN TRIBUTARIA:			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	770245709	TIPO DE PLANILLA:			
PERIODO PAGO APORTES:	MES:	NÚMERO DE RADICACIÓN:		NO:	
CUENTA DE NÓMINA:					
FECHA PAGO:					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| APORTANTE | | | | |

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	900173587
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			FUNDACION UNIVERSITARIA DE SANTAND
DIRECCIÓN		SANTANDER DEPARTAMENTO	SANTANDER
CIUDAD		MOVISTAR CHANELA TELEFONO	234577
TIPO APORTANTE		DEPENDIENTES CLASE APORTANTE	A MES DE DEVENGADO
TIPO EMPRESA		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	Personas Naturales con Actividad Empresa
CLASE DE PERSONERÍA		SOCIEDAD SUCURSAL O DEPENDENCIA	0007 - 2002
APORTANTE EXONERADO DE APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	77024870	TIPO DE PLANILLA	E
PERIODO PAGO (MES AÑO)	MES septiembre AÑO 2018	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		DIVISIÓN NÚMERO AUTORIZACIÓN	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	SUCURSAL
NOMBRE O RAZON SOCIAL		FUNDACION UNIVERSITARIA DE TAGUA
DIGITO VERIFICO	GRUPO DEPARTAMENTO	APARTADEN
DIRECCION	ANTIGUA VIA TAGUA PARAISO TELEFONO	CIUDAD
MES APORTANTE	CLASIFICACION CLASE APORTANTE	A RAIZ DE 2001 LOTCANTE
TIPO APORTE	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	Persona Natural no Actuales Informal
PLANILLA DE PRESENTACION	SUCURSAL SUCURSAL DE REFERENCIA	ODC 000
APORTANTES EXTRANJEROS APORTE NO DE ESTE DEPARTAMENTO		No

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	**7702457091** TIPO DE PLANILLA			E EMPLEADO
PERIODO LIQUIDACION PAGO	MES septiembre AÑO 2018	FECHA VENCIMIENTO	MES agosto AÑO	2018
DIAS DE MORA	0			0
FECHA PAGO	2018	NUMERO AUTORIZACION		0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS TRABAJADOR | | | |