| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | | GESTION CONTRACTUAL |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN** | | |
| | Código: GAD-GCT-FM24 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2022-02-01 |

**1. DATOS GENERALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA** | **Mauricio Domingo Caviedes Orjuela** | **NIT/ CC No.** | 9693574-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | mauriciocaviedes@yahoo.es | **TELÉFONO** | 3123749710 |
| **TIPO DE CONTRATO** | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión | **(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)** | |
| **No. CONTRATO** | **Contrato 463 de 2024** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **2024-11-28** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **Prestar los servicios de apoyo a la gestión del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA y aseguramiento de la calidad para garantizar la ejecución de los procesos analíticos operativos y de calidad.** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **2024-02-02** | **FECHA DE INICIO** | **2024-02-02** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **2024-11-28** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 27.720.000,00** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 22.120.000,00** | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.800.000,00** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 19.320.000,00** | **VALOR PAGADO** | **$ 8.400.000,00** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **3** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA Nº.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **2024/04/02 al 2024/05/01** |
| **BANCO** | **Bancolombia** | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | **16514309802** |

**2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO**

**(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)**

**3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**En mi calidad de supervisor** (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

**Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Informe de actividades** | SI | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | NO | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | **Documentos a cargo** | N/A | |
| **Carné** | N/A | **Otros. Cuales?** | N/A | |

indique las observaciones respectivas

**4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| **NÚMERO DE PLANILLA** | **76281430** | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **Abril** | **2024-04-11** | $ 162.500,00 | Compensar |
| **PENSIÓN** | **Abril** | **2024-04-11** | $ 208.000,00 | Protección |
| **ARL** | | | | |

*Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales.* ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

**5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

***(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)***

**En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:**

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

**En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.**

| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | **AAAA** | **MM** | **DD** | |
|---|---|---|---|---|
| | 2024 | 5 | 2 | |



**LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO**
**COORDINADORA LMAB- GRUPO DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD**

| | |
|---|---|
| **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | AAAA-MM-DD |
| **Consecutivo:** | |

**NOTA 1**. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
**NOTA 2.** Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN CONTRACTUAL | |
|---|---|---|---|
| invima | **FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA** | | |
| | Código: GAD-GCT-FM9 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2022/02/01 |

## DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | *(No. de contrato y año)* 463 de 2024 | | |
| **CONTRATISTA:** | Mauricio Domingo Caviedes Orjuela | **NIT / C.C No. :** | 9693574 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Prestar los servicios de apoyo a la gestión del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA y aseguramiento de la calidad para garantizar la ejecución de los procesos analíticos operativos y de calidad. | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $27.720.600,00 | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 02 de febrero 2024 | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 297 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 02 de febrero 2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 28 de noviembre 2024 |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** 2024-04-02 | **HASTA:** | 2024-05-01 |
| **PAGO NÚMERO:** | PARCIAL | **DEPENDENCIA:** | Grupo Laboratorio de Microbiología de Alimentos |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | Ligia Alexandra Otero Castro | | |

## 1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| No | OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| **1** | Realizar las actividades asignadas para la recepción, registro físico y magnético en los aplicativos pertinentes, identificación y almacenamiento de las muestras que se reciben en el laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas, con el fin de garantizar su trazabvilidad. | Se realiza las actividades asignadas para la recepción, registro físico y magnético en los aplicativos pertinentes, identificación y almacenamiento de las muestras que se reciben en el laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas, con el fin de garantizar su trazabvilidad. | - o365_PROFESIONALES LMAB<br>- Sharepoint<br>CONTROL DE RECIBO DE MEDIOS DE CULTIVO PA01-MR-402-F002<br>- Silap |
| **2** | Mantener actualizados los registros en los sistemas de gestión de la información del laboratorio de las muestras que | Se Mantiene actualizados los registros en los sistemas de gestión de la información del laboratorio de las | - o365_PROFESIONALES LMAB<br>- Sharepoint<br>- Silap |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ingresan para análisis y la remisión de los informes de resultados. | muestras que ingresan para análisis y la remisión de los informes de resultados. | |
| **3** | Ejecutar los procesos de apoyo a la gestión del laboratorio para el lavado, limpieza, desinfección, esterilización, inventario, mantenimiento y stock de los materiales que requieren los profesionales durante el proceso analítico correspondiente en las áreas del laboratorio de micribiología de alimentos y bebidas, garantizando su optimo cumplimiento en tiempos, frecuencias y cumplimiento de normas de bioseguridad. | Se ejecuta los procesos de apoyo a la gestión del laboratorio para el lavado, limpieza, desinfección, esterilización, inventario, mantenimiento y stock de los materiales que requieren los profesionales durante el proceso analítico correspondiente en las áreas del laboratorio de micribiología de alimentos y bebidas, garantizando su optimo cumplimiento en tiempos, frecuencias y cumplimiento de normas de bioseguridad. | - o365_PROFESIONALES LMAB<br>- Sharepoint<br>- Silap<br><br>Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa PO03-RM-402-F016 |
| **4** | Brindar soporte a las actividades de apoyo de los diferentes procesos y etapas del analísis microbiologíco, asegurando el cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión para la competencia técnica de los laboratorios de ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio. | Se brinda soporte a las actividades de apoyo de los diferentes procesos y etapas del analísis microbiologíco, asegurando el cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión para la competencia técnica de los laboratorios de ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio. | Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004<br><br>Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008<br><br>Verificación de temperatura PA06-GM-402-F022 |
| **5** | Recibir los insumos, medios de cultivos y reactivos del laboratorio siguiendo las especificaciones técnicas para su respectivo almacenamiento y métodos de rotación que se ajusten acorde con las fechas de fabricación y de vencieminto. | Se recibe los insumos, medios de cultivos y reactivos del laboratorio siguiendo las especificaciones técnicas para su respectivo almacenamiento y métodos de rotación que se ajusten acorde con las fechas de | Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004<br><br>Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | fabricación y de vencieminto. | PO03-RM-402-F016 |
| **6** | Disponer los residuos sanitarios que se generean en las áreas del laboratorio con calidad y oportunidad siguiendo los lineamientos del Sistema de Gestión para la Competencia Técnica de los Laboratorios de Ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio y cumpliendo las normas de bioseguridad. | Se dispone los residuos sanitarios que se generean en las áreas del laboratorio con calidad y oportunidad siguiendo los lineamientos del Sistema de Gestión para la Competencia Técnica de los Laboratorios de Ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio y cumpliendo las normas de bioseguridad. | Control de recibido de medios de cultivos PA01-MR-402-F002<br><br>Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004 |
| **7** | Apoyar con la entrega y distribución de dotación y elementos de laboratorio. | Se apoya con la entrega y distribución de dotación y elementos de laboratorio. | Identificación y Cuantificación de residuos GAD-GBS-FM028<br><br>Solicitud de servicios de esterilización de marial contaminados al INS PA05-GF-402-F006 |
| **8** | Ejecutar las Buenas Practicas de Laboratorio (BPL) y garantizar el cumplimiento del Sistema dse Gestión de Calidad (SGC) bajo la norma ISO/IEC 17025 a travez del mantenimiento del programa 5S, garantizando que se cumplan los estándares de orden y aseo del laboratorio. | Se ejecuta las Buenas Practicas de Laboratorio (BPL) y garantizar el cumplimiento del Sistema dse Gestión de Calidad (SGC) bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 a travez del mantenimiento del programa 5S, garantizando que se cumplan los estándares de orden y aseo del laboratorio. | Cronograma de auditoria 5S laboratorio de microbiología de alimentos vigente<br><br>Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa PO03-RM-402-F016<br><br>Verificación de temperatura () PA06-GM-402-F034 |
| **9** | Diligenciar oportunamente los formatos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del laboratorio relacionados con los | Se diligencia oportunamente los formatos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del laboratorio relacionados | Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | procedimientos de apoyo y aseguramiento de calidad, dejando evidencia de las actividades asignadas y realizadas. | con los procedimientos de apoyo y aseguramiento de calidad, dejando evidencia de las actividades asignadas y realizadas. . | Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008<br><br>Verificación de temperatura () PA06-GM-402-F034 (Limpieza y desinfección) |
| **10** | Realizar las actividades que le sean asignadas para contribuir a la organización del archivo del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas | Se realiza las actividades que le sean asignadas para contribuir a la organización del archivo del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas | - o365_PROFESIONALES LMAB<br>- Sharepoint<br>- Silap<br><br>Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004<br><br>Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008 |

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

## 2. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

| ITEM | No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | N/A | N/A | N/A | N/A |

## 3. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de abril de 2024.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días base de cotización | Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $2.800.00,00 | $ 1.300.000 | 30 | $370.500 | 76281430 | Mi Planilla |

**Nota:** en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

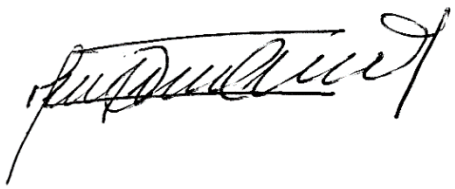
## 4. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 27.720.000,00 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 8.400.000,00 |
| Saldo del contrato | $19.320.000,00 |

## 5. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1 | X | |

Atentamente,



_____

**Firma**
**MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA**
Contratista
C.C.: 9.693.574 de Aguachica

Recibí a satisfacción:



_____

**Firma**
**LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO**
Coordinadora Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas
Oficina de Laboratorios y Control de Calidad
Supervisor(a) Contrato 1116 de 2023

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 | 9693574 | MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA | calle 14b 119a 76 | 7511845 | mauriciocaviedes@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 11/04/2024 | 76281430 | $396.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 1 |

**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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 396.500 | 396.500 |

PAGADA

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 | 9693574 | MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA | | calle 14b 119a 76 | 7511845 | mauriciocaviedes@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 11/04/2024 | 76281430 | $396.500 | |

## 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 | Estornado | 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 | 9693574 | CAVIEDES ORJUELA MAURICIO DOMINGO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | | 0 | | 0 | CCF24 | 1.300.000 | 26.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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