CUENTA DE COBRO N° 001 – 2024
PARA COMPRAS A NO OBLIGADOS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA

MUNICIPIO DE YONDÓ ANTIOQUIA
NIT: 890.984.265-6

DEBE A:

SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO **CEDULA O NIT: 1.193.522.281**

LA SUMA DE:	**$ 3.373.333,00**	
TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS.		
POR CONCEPTO DE:	**PRIMER PAGO PARCIAL**	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N° CPS 105– 2024**
OBJETO DEL CONTRATO:	SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA APOYAR LA OFICINA DE ALMACEN, ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA GENERA Y DE TALENTO HUMANO EN EL CUMPLIMIENTO Y DESARROLLO EFICIENTE DE SUS FUNCIONES EN LA EJECUCION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE YONDÓ ANTIOQUIA.	
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**17 de Abril del 2024**	
	31 de Mayo del 2024	
Me permito **AUTORIZARLES** para que se realice el pago correspondiente a esta cuenta de cobro, a través del sistema de transferencia o consignación a la:		
ENTIDAD BANCARIA: **TIPO DE CUENTA:** **CUENTA NUMERO:**	**Banco Agrario de Colombia** **CUENTA DE AHORROS** **41394006077-2**	**DEL CUAL SOY TITULAR, SEGÚN CERTIFICACIÓN BANCARIA.**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO LO SIGUIENTE:

NOTA 1: Que para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las rentas de trabajo, informo que: **HARÉ ___ NO HARÉ __X_** uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de Retención en la fuente por HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016); Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

NOTA 2: Que para el periodo relacionado en esta cuenta de cobro cancelé mis aportes a la seguridad social sobre el **CUARENTA POR CIENTO (40%)** de la totalidad de mis ingresos como prestador de servicios.

Dado en el Municipio de Yondó Departamento Antioquia, a los veintidós (22) días del mes de julio del dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO
CC: 1.193.522.281 de Yondó Antioquia
Correo Electrónico: SERODRIGUEZ182@MISENA.EDU.CO
Teléfono: 3222420720

INFORME PARCIAL	X	INFORME FINAL	

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO									
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME	Día	Mes	Año	NÚMERO DE INFORME	001				
	22	07	2024						
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	17 abril al 31 de mayo de 2024								
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN								
Nº CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA	CPS 105-2024								
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO**								
IDENTIFICACION CONTRATISTA (NIT o CC):	**1.193.522.281**								
REPRESENTA LEGAL DEL CONTRATISTA:	**NA**								
IDENTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL:	**NA**								
OBJETO DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA	**SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA APOYAR LA OFICINA DE ALMACEN, ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA GENERA Y DE TALENTO HUMANO EN EL CUMPLIMIENTO Y DESARROLLO EFICIENTE DE SUS FUNCIONES EN LA EJECUCION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE YONDÓ ANTIOQUIA.**								
ACTA DE INICIO	SI	x	N/A		FECHA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO			Día	Mes	Año
								17	04	2024
FECHA DE INICIO	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO + ADICIONAL				Día	Mes	Año
	17	04	2024							
FECHA TERMINACION	Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN + ADICIONAL				Día	Mes	Año
	16	08	2024					-	-	-
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE 9.200.000,00			FORMA DE PAGO	AVANCES PORCENTUALES					
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO	0,00			FORMA DE PAGO	N_A					
VALOR FINAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE 9.200.000,00			FORMA DE PAGO	AVANCES PORCENTUALES					
Certificado Disponibilidad Presupuestal Inicial Nº	SHM0000360 del 01 de abril de 2024			Certificado Disponibilidad Presupuestal Adicional Nº	N_A					
Registro Presupuestal Inicial Nº	SHM0000447 del 17 de abril de 2024			Registro Presupuestal Adicional Nº	N_A					
2. SUPERVISIÓN O INTERVENTOR										
NOMBRE DEL SUPERVISOR	NANCY ESTHER RODRIGUEZ OVIEDO.									
CARGO	SECRETARIO GENERAL Y DE TALENTO HUMANO									
3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES										
3.1. VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL										

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL							
NUMERO DE PLANILLA			**No. 4559879243**				
Fecha de Pago de la Panilla:	**MES**	**JULIO**	**DIA**	**09**	**AÑO**	**2024**	
Ingreso Base de Cotización (IBC):	**$ 606.667**						
Periodo Cotizado	**De**	**MES**	04	**DIA**	17	**AÑO**	2024
	Hasta	**MES**	04	**DIA**	30	**AÑO**	2024
Concepto	**Valor Aporte**	**Valor Intereses**		**Valor Total**			
Salud	75.900,00	3.800,00		78.900,00			
Pensión	97.100,00	3.000,00		100.900,00			
ARL	3.200,00	2.00,00		3.400,00			
TOTALES	**176.200,00**	**7.000,00**		**183.200,00**			

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL							
NUMERO DE PLANILLA			**No. 4559883585**				
Fecha de Pago de la Panilla:	**MES**	**JULIO**	**DIA**	**09**	**AÑO**	**2024**	
Ingreso Base de Cotización (IBC):	**1.300.000**						
Periodo Cotizado	**De**	**MES**	05	**DIA**	01	**AÑO**	2024
	Hasta	**MES**	05	**DIA**	30	**AÑO**	2024
Concepto	**Valor Aporte**	**Valor Intereses**		**Valor Total**			
Salud	162.500,00	2.300,00		164.800,00			
Pensión	208.000,00	2.900,00		210.900,00			
ARL	6.800,00	100,00		6.900,00			
TOTALES	**377.300,00**	**5.300,00**		**382.600,00**			

NOTA: Anexo soporte de pago de la Seguridad Social

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

CERTIFICO que cumplí con la política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) del MUNICIPIO DE YONDÓ, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).	**SI**	**X**
	NO	

3.2 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ACTIVIDAD Nº 001	
Apoyar la revisión de los inventarios de los bienes muebles e inmuebles del municipio de Yondó.	Durante este periodo brinde apoyo en la revisión, verificación y actualización de los registros de todos los bienes muebles e inmuebles. Este proceso incluyó la inspección física de los artículos, la comparación de estos con los registros existentes, y la corrección de cualquier discrepancia encontrada. • Ayudé a mantener una base de datos precisa y actualizada, asegurando que todos los bienes estuvieran correctamente clasificados y etiquetados. • Colaboré en la elaboración de informes detallados sobre el estado y la ubicación de los bienes, facilitando la toma de decisiones informadas por parte de la administración municipal.

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

	EVIDENCIAS CD
ACTIVIDAD Nº 002	
Apoyar en la gestión documental, como en la organización de archivos y demás actividades.	Durante este periodo contribuí en la sistematización y ordenación de los documentos del municipio, implementando métodos de archivo eficientes que facilitaron el acceso rápido a la información. • Realicé la digitalización de documentos importantes, asegurando su conservación y facilitando su consulta. • Apoyé en la clasificación y archivo de expedientes, correspondencia, y otros documentos, mejorando así la eficiencia en la gestión documental. **EVIDENCIAS CD**
ACTIVIDAD Nº 003	
Apoyar en la entrega de los elementos o materiales solicitados por las diferentes oficinas que se tengan a disposición en almacén.	Durante este periodo brinde apoyo en la recepción y almacenamiento de suministros y materiales en el almacén municipal, asegurando su correcto almacenamiento y manejo. • Participé en la preparación y entrega de materiales solicitados por las diferentes oficinas del municipio, garantizando que cada una recibiera los recursos necesarios de manera oportuna y eficiente. • Mantuve registros detallados de las entregas realizadas, facilitando el seguimiento y control de los inventarios. **EVIDENCIAS CD**
ACTIVIDAD Nº 004	
Apoyar en la organización de las bodegas de Almacén Municipal.	Durante este periodo apoye en la reestructuración y optimización del espacio de almacenamiento en las bodegas municipales, promoviendo un entorno de trabajo más ordenado y funcional. • Implementé sistemas de categorización y etiquetado para facilitar la identificación y localización de los materiales almacenados. • Contribuí a la limpieza y mantenimiento del área de almacenamiento, asegurando condiciones óptimas para la conservación de los bienes.

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

	EVIDENCIAS CD
ACTIVIDAD Nº 005	
Apoyar al supervisor en todas las actividades y ocasiones requeridas para el cumplimiento del objeto del contrato.	Durante este periodo estuve disponible para asistir al supervisor en diversas tareas, desde la planificación y coordinación de actividades hasta la ejecución de tareas específicas. • Participé en reuniones de planificación y seguimiento, aportando ideas y soluciones para mejorar los procesos y alcanzar los objetivos establecidos. • Asistí en la elaboración de informes y documentación necesaria para el cumplimiento de las obligaciones contractuales, asegurando la transparencia y eficiencia en la gestión de las actividades. **EVIDENCIAS CD**

3. VALOR A PAGAR					
LA SUMA DE $	$ 3.373.333,00				
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS.				
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	**41394006077-2**				
BANCO	Banco Agrario de Colombia				
TIPO DE CUENTA	**AHORROS**	**X**	**CORRIENTE**		

4. OBLIGACIONES GENERALES
• Como contratista responsable de la ejecución del contrato ya indicado, certifico que he cumplido a cabalidad y de manera puntual con todas y cada una de las obligaciones generales establecidas.
• De no haber cumplido una en especial, indicarlos y justificarlos el porqué del incumplimiento.
• **Las demás establecidas dentro del contrato**
Cualquier novedad o anomalía presentada en la ejecución del contrato debe ser comunicada al supervisor

5. OBSERVACIONES
SE ANEXAN EVIDENCIAS EN EL CD, ADJUNTO DESPUES DE ESTE INFORME.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO
C.C.: 1.193.522.281
Correo electrónico: SERODRIGUEZ182@MISENA.EDU.CO

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOTA: Este formato aplica para todos los contratos y convenios del Municipio de Yondó.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193522281
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	VEREDA LAS AMERCIAS	TELÉFONO:	1555567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - CONTRATO ALCALDÍA YONDO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4559879243	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DIAS DE MORA:			49		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999300500

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 97.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 97.100	$ 3.800	$ 100.900
SUBTOTALES:		1	$ 97.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 97.100	$ 3.800	$ 100.900

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	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 75.900	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 75.900	$ 3.000	$ 0	$ 78.900
SUBTOTALES:		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 75.900	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 75.900	$ 3.000	$ 0	$ 78.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.200	$ 3.200	$ 200	$ 0	$ 3.400
SUBTOTALES:		1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.200	$ 3.200	$ 200	$ 0	$ 3.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PENSIONADO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1193522281	RODRIGUEZ MOYANO SAUL ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000					NO	17																

SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	14	$ 606.667	$ 97.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 97.100

SEGURIDAD SOCIAL SALUD ADMIN	DAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS040 - SAVIA SALUD EPS	14	$ 606.667	$ 75.900	$ 0	$ 75.900

ARP ADMIN	DAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14	$ 606.667	11935222	$ 3.200

PARAFISCALES DAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 183.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193522281
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAUL ESTEBAN RODRIGUEZ MOYANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	VEREDA LAS AMERCIAS	TELÉFONO:	1655567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - CONTRATO ALCALDÍA YONDO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4559883585	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DIAS DE MORA			18		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999300529

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 0	$ 208.000	$ 2.900	$ 210.900
SUBTOTALES:		1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 0	**$ 208.000**	**$ 2.900**	**$ 210.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 162.500	$ 2.300	$ 0	$ 164.800
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 164.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 6.800	$ 6.800	$ 100	$ 0	$ 6.900
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES								
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORDIA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN			FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO			ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1193522281	RODRIGUEZ MOYANO SAUL ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 119352228	$ 6.800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 382.600

Planilla Pagada