MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO

DISTRIBUCIONES CNM NIT 7165442-6

Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA

CR 13 21 10
Duitama, Boyacá - Colombia

Tel.7618902-3107874700
cnmdistribuciones@hotmail.com

Responsabilidad Fiscal
R-99-PN - No aplica – Otros

Act. Económica:

Cliente: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT ó CC: 881862576-5 **PERSONA:** Persona Jurídica
DIRECCIÓN: Cra. 7 #72 a 7-86
CIUDAD: Socha, Boyacá - Colombia
CORREO: subgerencia@esesagradocorazon-socha-boyaca.gov.co
TELEFONO:
RESPONS FISCAL: R-99-PN
RESPONS TRIBUTARIA: No aplica

Factura Electrónica de Venta **FE311**

Fecha Creación: 2024-12-27 11:39
Fecha Validación: 2024-12-27 11:48
Fecha Vencimiento: 2024-12-27 23:59
Forma Pago: Contado
Medio Pago: Efectivo

CUFE: 3fef254a33207fad43db33754fd5232e8719e2e114ab3251c4a19940b7143587fdb1ee8055a58d8e5ea46ee9e091a10c
Modalidad: Electrónica - Número de Autorización: 18764077181463 desde FE285 hasta FE1000 Vigencia: 2024-08-15 al 2025-02-15

N°	Codigo	Descripción	Cant	Precio	Impuesto	Total Impt.	Dto	Valor Total
1		IMPRESIONES Y COPIAS DEL 23 DE OCTUBRE AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2024	1.0	$ 361,344.54	IVA 19%	68655.46218487393	0.0	$ 361,344.54
2		IMPRESIONES Y COPIAS DEL 23 DE NOVIEMBRE AL 23 DE DICIEMBRE DE 2024	1.0	$ 361,344.54	IVA 19%	68655.46218487393	0.0	$ 361,344.54
3		IMPRESIONES Y COPIAS DE 23 DE DICIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2024	1.0	$ 285,714.29	IVA 19%	54285.714285714289	0.0	$ 285,714.29

Información Adicional

Valor en letras

UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL	$ 1,008,403.36
DESCUENTOS (-)	$ 0.00
PRECIO BASE	$ 1,008,403.36
IMPUESTOS (+)	$ 191,596.64
ANTICIPO	$ 0.00
TOTAL	**$ 1,200,000.00**

Generado en clarisa.co – Todo es más fácil ! – Clarisa Cloud S.A.S NIT 900707639 - 6

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

FECHA:	28 de diciembre de 2024			**INFORME No.:**	3
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
No. DE PROCESO	CDPS 021-2024	**No. CONTRATO:**	CDPS 021-2024	**TIPO DE CONTRATO:**	prestacion de servicios
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR:	FERNANDO BETANCOURT ROJAS			**CARGO:**	Asesora area de apoyo
				No. DE TELÉFONO:	3144142338
CONTRATISTA:	DISTRIBUCIONES CNM			**C.C. O NIT:**	7165442-6
E-MAIL:	cnmdistribuciones@hotmail.com			**No. DE TELÉFONO:**	3107874700
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACION DE SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO DE DOS IMPRESORA FOTOCOPIADORA PARA LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA.				
PLAZO		**PERIODO DE PAGO ANTERIOR**		**PERIODO DE PAGO ACTUAL**	
INICIA:	23-abr-2024	**DESDE:**	23-jun-2024	**DESDE:**	23-nov-2024
TERMINA:	31-dic-2024	**HASTA:**	22-oct-2024	**HASTA:**	28-dic-2024
INFORMACIÓN TÉCNICA					
Declaración	El suscrito supervisor del contrato hace constar que la E.S.E ha recibido a satisfacción los bienes y/o servicios a que se refiere el objeto y las obligaciones pactadas en el contrato, que corresponden al siguiente detalle:				

a. Para prestación de Servicios:

	RELACIÓN DE OBLIGACIONES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
1	Entregar a la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA en calidad de arrendamiento dos equipos multifuncionales con las siguientes características: Resolución de copiado: 600x 600 dpi Color / 2400 x 600 dpi B/N Tamaño y peso papel aceptable: Desde 8.5 x 5.5" hasta 47 x 12", de 17 a 140 lbs. Reducción/Ampliación: 25% A 400%. Multifuncional digital blanco y negro Copiadora, impresora y escáner a color 45 páginas por minuto a Color, 35 -45 páginas por minuto Blanco y Negro Imprime hasta 47 x 12	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista cumplio con la entrega en calidad de arriendo de dos equipos multifuncionales
2	Ejecutar el objeto contractual en los plazos establecidos conforme a las condiciones económicas, técnicas de acuerdo a la propuesta, documentos que hacen parte integral del contrato	Informes contractuales	Contratista a la fecha ha cumplido conlas obligaciones contractuales
3	Atender las recomendaciones dada por el supervisor, efectuando los cambios requeridos de manera ágil y oportuna.	Informes contractuales	Contratista a ralizado los mantenimientos de los equipos cuando se han requerido para el correcto funcionamiento de los mismos
4	Estará a su cargo El tóner, mantenimiento, reparación o sustitución de piezas que sea necesario efectuar al equipo para su normal funcionamiento.	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista ha suministrado los toner y ha realizado los mantenimientos requeridos

5	Las copias serán legibles y de alta calidad.	Equipo Multifuncional	Contratista ha garantizado que las fotocopia sean de alta calidad
6	Presentar oportunamente las respectivas facturas o cuentas de cobro.	informes mensuales	Contratista radica con oportinudad las cuentas de cobro
7	Suministrar a su costa, todos los materiales, equipos, maquinarias y herramientas que sean necesarios para la cabal ejecución.	informes mensuales	Contratista ha suministrado los toner y ha realizado los mantenimientos requeridos
8	En desarrollo al principio de coordinación, la ESE podrá efectuar requerimientos verbales o escritos al contratista tendiente a lograr una adecuada e idónea ejecución del objeto contratar, sin que por esta circunstancia sea posible predicar la existencia subordinación laboral alguna, bajo el entendido que la ESE tiene la responsabilidad de coordinar el suministro en aras de garantizar el cumplimiento adecuado y oportuno del objeto contractual	informes mensuales	Contratista a ralizado los mantenimientos de los equipos cuando se han requerido para el correcto funcionamiento de los mismos
9	Suministro e Instalación de los equipos de impresión en las ubicaciones establecidas por HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA. ✓ Capacitación de uso a usuarios.	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista cumplio con la entrega en calidad de arriendo de dos equipos multifuncionales
Otras Observaciones:			

b. Para los demas contratos:

El cumplimiento de las obligaciones consta por ejemplo de: Bitácora o registro fotográfico, Sábana de Obra, Entrada de

Pruebas subidas a plataforma: documentos que evidencian la ejecución de las Obligaciones Contractuales

Revisión de soportes de la cuenta: El suscrito supervisor hace constar que ha revisado y en consecuencia aprueba los

PORCENTAJE:	100%	**No. FACTURA O SOPORTE:**	FE311

APORTE A SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	No. PLANILLA DE APORTES	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD	APORTES ARL	TOTAL (=)
OCTUBRE	7950333140	$ 333.700,00	$ 260.600,00	$ 10.900,00	**$ 605.200**
NOVIEMBRE	7950333418	$ 331.500,00	$ 259.000,00	$ 10.900,00	**$ 601.400**

En caso de **Personas Juridicas**, no es necesaria la revisión de planillas de pago de Seguridad Social y parafiscales, para lo cual se adjunta Certificación de estar al día, emitida por el Revisor Fiscal o Representante Legal según lo dispuesto por la Ley 789/2002 Art. 50 y Ley 1150/2007 Art. 23. (Anexar documento de identidad, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la J.C.C. de quien Certifica)

No. CUENTA PRESUPUESTAL	NOMBRE CUENTA PRESUPUESTAL	VALOR PAGO
212020200702	Comisiones, intereses y demás gastos bancarios y fiduciarios	$ 1.200.000,00
No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD	**No. REGISTRO PRESUPUESTAL**	**TOTAL**
202400181	202400305	$ 2.580.000,00
202400534	202400829	$ 1.200.000,00

ESTADO DE CUENTA DEL CONTRATO

DETALLE	(+)	(-)
(+) Valor inicial del contrato	$ 2.580.000,00	
(+) Valor adiciones	$ 1.200.000,00	
(=) Valor total contrato	$ 3.780.000,00	
(-) Anticipo		**$ -**
(-) Valor pagos parciales		**$ 2.580.000,00**
(-)Valor a pagar		**$ 1.200.000,00**

(-) Valor pendiente de ejecución		**$ -**
SUMAS IGUALES	**$ 3.780.000,00**	**$ 3.780.000,00**

Habiéndose cumplido las obligaciones descritas dentro del periodo mencionado el suscrito supervisor autoriza el pago de la suma de:

Valor a pagar:	$ 1.200.000,00	Valor en letras:	UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

Para constancia suscribimos:

FERNANDO BETANCOURT ROJAS

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO

DISTRIBUCIONES CNM

CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

PROCESO: CONTRATACIÓN
FORMATO: ACTA DE TERMINACIÓN Y RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN

FECHA PRESENTE ACTA	28 DE DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO _x_ CONVENIO __	021 DE 2024	FECHA	23 DE ABRIL DE 2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO DE DOS IMPRESORA FOTOCOPIADORA PARA LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO/ CONVENIO :	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS (2.580.000,00)		
	APORTE MUNICIPIO: (Aplica sólo para convenios)		
	APORTE CONTRAPARTE: (Aplica sólo para convenios)		
PLAZO DE EJECUCION INICIAL:	CIENTO OCHENTA Y DOS (182) DIAS		
CONTRATANTE__ PARTE _	E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA		
REP. LEGAL - GERENTE	LEIDER SANTIGO SALAMANCA MOJICA. C.C. No. 80,932,317 DE BOGOTÁ		
CONTRATISTA	DISTRIBUCIONES CNM NIT No. 7165442-6		
INTERVENTOR ___ SUPERVISOR _X__	FERNANDO BETANCOURT ROJAS (ASESOR AREA DE APOYO DE LA E.S.E) C.C. No. 7,180,220 DE TUNJA		
FECHA INICIO	23 ABRIL DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN	N/A		
ACTA AMPLIACION DE SUSPENSION	N/A		
ACTA DE REINICIO	N/A		
ADICIONAL N° 1	UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS (1.200.000,00)		
PRORROGA N° 1	23 DE OCTUBRE DE 2024		
PERIODO ÚLTIMO PAGO	23 DE JUNIO A 22 DE OCTUBRE DE 2024		
PERIODO TOTAL DE EJECUCION	23 DE ABRIL A 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	28 DE DICIEMBRE DE 2024		

En la Ciudad de Socha, siendo el veintiocho (28) de diciembre del año 2024, se reunieron en las instalaciones de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, el Doctor FERNANDO BETANCOURT ROJAS, identificado con la cédula de ciudadanía número 7,180,220 de Tunja, quien en su calidad de Asesor del Area de Apoyo de la E.S.E, obra como SUPERVISOR del CONTRATO No. 021 de 2024 y MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO, identificado con la C.C. No. 7165442 obrando en nombre propio, con el fin de suscribir la presente ACTA DE TERMINACION Y RECIBO FINAL A SATISFACCION, correspondiente al periodo total del 23 de abril de 2024 al 28 de diciembre de 2024, en los siguientes términos:

BALANCE DE TERMINACIÓN

CONCEPTO	**DEBE**	**HABER**
Valor del contrato (Incluye adicionales)	$ 3.780.000	
Anticipo		
Valor actas canceladas		$ 2.580.000
Valor de la presente acta		$ 1.200.000
Saldo sin ejecutar		$ -
Saldo a favor del municipio (cuando haya lugar)		
Sumas iguales	**$ 3.780.000**	**$ 3.780.000**

PROCESO: CONTRATACIÓN
FORMATO: ACTA DE TERMINACIÓN Y RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN

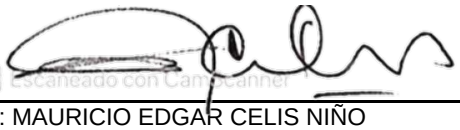
El suscrito SUPERVISOR certifica que el CONTRATISTA cumplió a satisfacción el objeto del contrato y queda a paz y salvo con la E.S.E por todo concepto. Igualmente durante le ejecución del contrato, cumplió con la totalidad del pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, de conformidad con las normas legales vigentes.

En constancia se firma por los que en ésta intervinieron, dejando constancia que se han reunido todos y cada uno de los requisitos necesarios para la terminación del contrato.

OBSERVACIONES: _____

EVALUACION AL CONTRATISTA

CUMPLIÓ	**x**
NO CUMPLIÓ	

FIRMA: 

Escaneado con CamScanner

NOMBRE: MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO
DISTRIBUCIONES CNM
CONTRATISTA

FIRMA: 

NOMBRE:FERNANDO BETANCOURT ROJAS

SUPERVISOR / INTERVENTOR

FIRMA: 

NOMBRE: LEIDER SANTIAGO SALAMANCA M.
CONTRATANTE - GERENTE E.S.E.

ADJUNTAR INFORME FINAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

	Nombre	Cargo	Firma
Elaboró y Proyectó:	FERNANDO BETANCOURT ROJAS	SUPERVISOR	
Los arriba firmantes encontramos el presente documento ajustado a las disposiciones normativas y/o técnicas vigentes del caso en particular, el cual se presenta para la firma			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7165442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO EDGAR CELIS NINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 13 21 10	TELÉFONO:	7777777
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:		**7950333140**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1070691897

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 330.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 0	$ 330.800	$ 2.900	$ 333.700
SUBTOTALES:										**$ 330.800**	**$ 2.900**	**$ 333.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 258.400	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 258.400	$ 2.200	$ 0	$ 260.600
SUBTOTALES:													**$ 258.400**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 260.600**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.800	$ 10.800	$ 100	$ 0	$ 10.900
SUBTOTALES:									**$ 10.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN									SALUD						ARP													
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7165442	CELIS NIÑO MAURICIO EDGAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.067.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.067.000	$ 330.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 330.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.067.000	$ 258.400	$ 0	$ 258.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.067.000	7165442	$ 10.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 605.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7165442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO EDGAR CELIS NINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 13 21 10	TELÉFONO:	7777777
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:		**7950333418**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1123510876	

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 330.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 330.800	$ 700	$ 331.500
SUBTOTALES:										**$ 330.800**	**$ 700**	**$ 331.500**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 258.400	$ 0	$ 600	$ 0	$ 258.400	$ 600	$ 0	$ 259.000
SUBTOTALES:													**$ 258.400**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 259.000**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.800	$ 10.800	$ 100	$ 0	$ 10.900
SUBTOTALES:									**$ 10.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 7165442	CELIS NIÑO MAURICIO EDGAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.067.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.067.000	$ 330.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 330.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.067.000	$ 258.400	$ 0	$ 258.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.067.000	7165442	$ 10.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 601.400**