2024 11 7 939.046,00

BIOCOM SAS

NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155 -8 **Fecha Giro** 07/11/2024 16:18:05 **Proceso** TRAN TRANSFERENCIAS

830014222 BIOCOM SAS **Benf** BIOCOM SAS

Documento CET **Nro.** 6836 **No Cheque** 5012

Cuenta	Descripción	No.Obl.	Valor	N
11100502	BANCO DE OCCIDENTE 045-00233-4	5012	939.046,00	C
24905502	SERV MANT EQUIPOS	FE-E4487	939.046,00	D

Concepto de Giro CXP-5298 CAO-014-2024 REG-130-131 CDP-100-101 SERV MTTO PREVENTIVO EQUIPO TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: HOSP DPTAL PSIQUIA UNIVE
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 890304155
Generado por: Esteban Perlaza Rivas

A continuación el detalle de: Resumen - Consultar

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	BIOCOM	**Nro. Producto Destino**	24008558369
Nro. Identificación	8300142220	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	**Nro. Comprobante**	4
Nro. Producto Origen/Recaudador	045002334	**Forma de pago**	Abono a cuenta entidad ACH
Fecha Pago/Débito	2024/11/07	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2024/11/07	**Estado de Aviso**	-
Valor Transacción	$939,046.00	**Fecha de Aviso**	-
Comisión	$0.00	**Medio Utilizado**	-
IVA	$0.00	**Nro. Transacción**	045A3212431200SL
Estado	EXT	**Información Adicional**	SERV MTTO PREVEN EQUIPO
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2024/11/07
Causal de Rechazo	-	**Nro. Factura**	FE-4487
Nro. Control	OKG004JXTO	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	Esteban Perlaza Rivas

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[RMovCont]

890304155-8

HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

A

Impresión
Fecha: 31/10/2024
Hora: 15:28:38
Página: 1

Tipo de Comprobante: CXP
Prefijo documento:
Número: 5298
Fecha Comprobante: 31/10/2024 11:18:09

Comprobante Local Activo

Concepto CAO-014-2024, REG-130-131, CDP-100-101, SERVICIO MANTTO PREVENTIVO EQUIPO TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Cuenta	Descripción	CU	SU	CC	Tercero	Pref	DRef1	N	Valor
73240216	MANTENIMIENTO EQUIPOS	3	330	330108	830014222-0 BIOCOM SAS			D	925.623,00
73240216	MANTENIMIENTO EQUIPOS	3	330	330108	830014222-0 BIOCOM SAS			D	175.868,00
24403501	ESTAMPILLA PROCULTURA 1%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	9.256,00
24403502	ESTAMPILLA PRODESARROLLO 2%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	18.512,00
24403503	ESTAMPILLA PROUNIVALLE 2%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	18.512,00
24403504	ESTAMPILLA PRO HOSPITALES UNIV 1%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	9.256,00
24403506	ESTAMPILLA UCEVA 0.5%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	4.628,00
24403507	ESTAMP PROUNIVERSIDAD DEL PACIFI				830014222-0 BIOCOM SAS			C	4.628,00
24403508	ESTAMPILLA PRODEPORTE 2.5%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	23.141,00
24403509	ESTAMPILLA PRO ELECTRIFICAC RURA				830014222-0 BIOCOM SAS			C	1.851,00
24360505	SERVICIOS 4%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	37.025,00
24362706	RETEICA 10 X 1000				830014222-0 BIOCOM SAS			C	9.256,00
24362501	RETEIVA15%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	26.380,00
24905502	SERV MANT EQUIPOS				830014222-0 BIOCOM SAS		FE-E4487	C	939.046,00
							Total Débitos		1.101.491,00
							Total Créditos		1.101.491,00

ELABORO BLANCA BEATRIZ TOROVICH

APROBO

*** **FIN DEL REPORTE** ***

7J.0 *HOSVITAL*

Creación: Usuario BTOROVICH
Fecha 31/10/2024 15:28:37

Modificación: Usuario
Fecha 00:00:00

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIEN O SERVICIO	CODIGO: FOR-DES-11 VERSION: 02 VIGENCIA: SEPTIEMBRE DE 2020

FECHA :	DD	MM	AA
	31	10	2024

PROVEEDOR:	BIOCOM SAS	NIT - C.C N°: 830014222

OBJETO CONTRACTUAL:	Servicio de mantenimiento preventivo por tres visitas en el año acordadas con el proveedor mediante cronograma de mantenimiento, con garantía de 120 dias por visita para el Equipo de terapia Electroconvulsiva marca Somatics, modelo Thymatron IV, SN/44548.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-014-2024	ORDEN DE SERVICIO		ORDEN DE COMPRA		CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	100%	La prestación del servicio se recibió cumpliendo con los criterios de idoneidad y disponibilidad
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	Se dio cobertura a todos lo solicitado.
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	100%	Cumple con la oportunidad requerida por el contratante
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN	100%	CIEN POR CIENTO

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI	X	NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	✓ $ 1.101.491

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	FACTURA No.	FECHA DE LA FACTURA	VR.FACTURA	NUEVO SALDO
$ 5.916.633	E-4395	3/04/2024	$ 1.101.491	$ 4.815.142
$ 4.815.142	E-4434	24/06/2024	$ 1.101.491	$ 3.713.651
$ 3.713.651	E-4438	4/07/2024	$ 2.612.155	$ 1.101.496
$ 1.101.496	4487	22/10/2024	$ 1.101.491	$ 5
			SALDO	$ 5

LISTA DE CHEQUEO PARA EL AREA FINANCIERA

DESCRIPCIÓN	MARQUE SI ANEXA DOCUMENTO EN FISICO	MARQUE SI EL DOCUMENTO ESTÁ ESCANEADO	OBSERVACIONES
ORDEN DE LIQUIDACIÓN O CAUSACIÓN			N/A
FACTURA ORIGINAL	X		E-4487
ENTRADA ALMACÉN			N/A
ACTO ADMINISTRATIVO			N/A
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			N/A
ORDEN DE COMPRA			N/A
ORDEN DE SERVICIO			N/A
CONTRATO		X	
POLIZAS		X	CUMPLE
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			240100 - 240101
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		Planilla No. 7918136287
REGISTRO PRESUPUESTAL			240131 - 240130

CONSTANCIA DE RECIBO ALMACEN ACTIVOS			N/A
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNOLOGICOS			N/A
ACTA DE AVANCE O LIQUIDACIÓN			CUMPLE
PRESENTA AVANCES O CIERRE DE NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADA DE LA AUDITORÍA A PROVEEDORES			CUMPLE
CUMPLE CON EL SST, DOTACIÓN Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y			CUMPLE
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN			CUMPLE
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA EL BIEN O SERVICIO: **SAMIRA DINAS POSSU**			
SUPERVISOR			

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.
Samira Dinas Possú
C.C. 34.508.396
ENFERMERA RUN 06595
LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN

BioCom
Soluciones confiables y eficientes para la salud

Factura Electrónica de Venta E - 4487

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764071380695 de 27/05/2024 - 27/05/2025 autoriza E-4413 a E-4600

BIO-COM SAS NIT 830014222
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	22/10/2024 17:20
Fecha de Vencimiento	21/11/2024 17:20
Fecha de Validación	22/10/2024 17:35
Forma de Pago	Crédito 30 DÍAS
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP
Orden de Compra	CAO-014-2024

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	BIO-COM SAS
NIT	830014222
Obligación	IVA
Email	auxiliaradmonbio@gmail.com
Teléfono	3112850646
Dirección	CL 23 A 75 81
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E
NIT	890304155
Obligación	IVA
Email	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co
Teléfono	3223232
Dirección	CALLE 5 No. 80-00
Ciudad, Depart.	CALI, VALLE DEL CAUCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	MTTO	Tercera y ultima visita de mantenimiento preventivo para el equipo de Terapia Electriconvulsiva marca Somatics SN/44548, de acuerdo con contrato No.CAO-014-2024 y reporte 7821	1	EA	$925,623.00	IVA 19%	$925,623.00	$1,101,491.00

1

Subtotal	$925,623.00
IVA 19%	$175,868.00
Total a Pagar	$1,101,491.00

Una vez efectuado el pago, por favor enviar el respectivo soporte de pago dentro de los siguientes Tres días hábiles al correo auxiliaradmonbio@gmail.com
Una vez efectuado el pago, por favor enviar el respectivo soporte de pago dentro de los siguientes Tres días hábiles al correo auxiliaradmonbio@gmail.com
Unidades de medida: EA = cada

H. Psiquiatrico Rad. FAC2024000776
2024-10-23 08:36
Anexos:0 - Folios:2

ASUNTO: FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° E-4487
REMITE: BIOCOM
DESTINATARIO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQ - SAMIRA DINAS
RADICADA: CAROLINA VIAFARA CASARAN

FIRMA EMISOR

CUFE: f49cfb0bce338967b254b9a7752844f343e470731ddef663e8c21d25de42de69b3cc59d54fc9df140a8e93d457aacc04

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL: X informe Número: IV

INFORME FINAL:

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de octubre 2024) HASTA (31 de octubre 2024)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. CAO – 014 – 2024

Nombre Del Contratista: BIOCOM SAS

Identificación del Contratista: 830014222

Nombre del Supervisor: SAMIRA DINAS POSSU

Objeto del Contrato: Mantenimiento preventivo y calibración equipo terapia Electroconvulsiva.

Fecha de Inicio: 22/ 03/2024

Fecha de terminación: 31/12/2024

Valor contrato: $ 115.088.589

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 240100 – 240101

Número de Registro Presupuestal: 240131 - 240130

GARANTIAS APROBADAS	SI	NO	NO APLICA
POLIZA CUMPLIMIENTO			X
POLIZA DE CALIDAD			X
POLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			X
POLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA			X
POLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO			X
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			X
PAGARÉ DE RESPALDO			X
ARTÍCULO 44. Estatuto Interno Contratación. GARANTÍA PRESUNTA.	X		

(En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información):

PAGO ANTICIPADO: SI___ NO___ VALOR: $

ANTICIPO: SI___ NO ___ VALOR: $

ENTIDAD DONDE SE CONSTITUYE FIDUCIA PARA PAGO DE ANTICIPO: _____

EN CASO DE PAGO DE ANTICIPO DISCRIMINAR LA EJECUCIÓN DEL PAGO: _____

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

ADICIONES EN VALOR $_____ N/A___

PRORROGA EN TIEMPO: _____ N/A___

FECHA DE LA ADICIÓN Y/0 PRORROGA: _____

4. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA PARA EL PERIODO
Garantizar la entrega oportuna y la calidad de los bienes a proveer de acuerdo a la propuesta.	SI		
A diligenciar la información conforme a las disposiciones legales, contractuales, o administrativas a que esté sometido EL HOSPITAL y que se requiera para el gestiona miento que se derive del servicio prestado por EL CONTRATISTA.	SI		
Prestar los servicios aquí establecidos o que en anexo se entiendan incorporados, dentro de los parámetros mínimos que prevean las disposiciones legales, buscando siempre una óptima utilización de su estructura física, tecnológica, de recurso humano y gestión.	SI		
A no divulgar información alguna de que tenga conocimiento por razón de sus servicios, a menos que cuente para el efecto con la autorización previa y por escrito del HOSPITAL.	SI		
A que una vez terminado el presente contrato por cualquier causa, suministrar al HOSPITAL la información que eventualmente le sea requerida.	SI		
A tener en cuenta las recomendaciones y sugerencias realizadas por el Supervisor del presente contrato, para una mejor y eficiente prestación del servicio.	SI		
Presentar oportunamente los soportes correspondientes para el pago.	SI		
Aplicar las normas que establezca el Archivo General de la Nación respecto a la gestión documental que le aplique al hospital, así como las directrices dadas en los manuales, guías, procedimientos y demás documentación que el hospital disponga para tal fin.	SI		
Cumplir con el pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensión, ARL propia y de su personal, así como el pago de los aportes parafiscales cuando a ello haya lugar de conformidad el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas que reglamenten la materia. Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.	SI		
Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.	SI		

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL			
FECHA FACTURA	**VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO**	**PORCENTAJE DE AVANCE**	**SALDO DE EJECUCIÓN**
22/10/2024	$ 1101491	100%	$ 5

6. INFORME TECNICO

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS:

Se recibe a entera satisfacción por parte del HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E, los bienes y/o servicios con base en las condiciones establecidas en el Contrato. CAO-014-2024 y que a continuación se describen:

El contratista entrega como soporte el plan de trabajo y cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos del hospital; como evidencia se presentan los reportes de los mantenimientos realizados de forma óptima en el mes junto con el indicador de cumplimiento de mantenimiento.
En lo que ha avanzado el contrato no se han presentado perjuicios de ningún tipo, hasta el momento no se le ha solicitado información adicional.
Se presenta la planilla de la afiliación del sistema de seguridad social integral EPS y ARL de los trabajadores que el contratista ocupó durante el desarrollo y ejecución del contrato.
Hasta la fecha, el contratista ha acatado y seguido todas las recomendaciones observaciones, sugerencias y disposiciones de la supervisora tales como el acompañamiento en el programa institucional de tecno vigilancia, entre otras.
El contratista ha atendido los llamados para revisiones de fallas y mantenimientos correctivos que se han presentado durante el desarrollo del contrato dentro de los tiempos estipulados.

7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES AL CONTRATISTA:

NO APLICA

8. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

ITEM	PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES – DÍA	CUMPLE SI/NO
PENSION	2024-10	2024-10- 04	SI
SALUD	2024-10	2024-10- 04	SI

RIESGOS LABORALES	2024-10	2024-10- 04	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2024-10	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	Planilla N° 7940258280

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME
NOMBRE: SAMIRA DINAS POSSU **CARGO:** : LÍDER DE PROGRAMA GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN **FIRMA** Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. Samira Dinas Possú C.C. 34.508.590 ENFERMERA RUN 06596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN
Fecha presentación (31 / 10 / 2024)

BioCom
Soluciones confiables y eficientes para la salud

BIO – COM

NIT: 830.014.222 – 0

CERTIFICA:

Que de acuerdo con la documentación presentada por la administración de **BIO – COM**, los registros contables y con la revisión efectuada a la planilla de autoliquidación, **BIO – COM** se encuentra a paz y salvo de acuerdo con el artículo 23 de la ley 1150 de 2.007 con los pagos de los meses de Mayo de 2024 a Octubre de 2024 de la planilla de autoliquidación Integrada correspondientes a los aportes legales de los sistemas de Salud, Fondo de Pensiones, ARL y aportes parafiscales a Caja de Compensación Familiar, de los empleados incluidos en la nómina.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. al 22 día del mes de Octubre de 2024 a solicitud de la administración de **BIO – COM**, con destino al.**HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO DEL VALLE.**

Julieth Pabón

JULIETH ANDREA PABON H.

REPRESENTANTE LEGAL.

BIO-COM.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830014222
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BIO-COM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 23 A 75 - 81	TELÉFONO:	6960730
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinari
FORMA DE PRESENTACIÓN.	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NÚMERO PLANILLA:		7940258280	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			968722902

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 412.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 412.200	$ 0	$ 412.200
230301	230301-PORVENIR	1	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.800	$ 0	$ 225.800
SUBTOTALES:										$ 638.000	$ 0	$ 638.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 441.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900	$ 0	$ 0	$ 441.900
SUBTOTALES:													$ 441.900	$ 0	$ 0	$ 441.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 115.400	$ 115.400	$ 0	$ 0	$ 115.400
SUBTOTALES:									$ 115.400	$ 0	$ 0	$ 115.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	4	$ 441.900	$ 0	$ 441.900
SUBTOTALES:			$ 441.900	$ 0	$ 441.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 1010226575	CARDENAS LOZANO ANGIE LORENA	DEPEND		$ 1.411.200	FIJO			SI																	
2	CC 1033709345	PABON HERRERA JULIETH ANDREA	DEPEND		$ 2.576.000	FIJO			SI																	
3	CC 19419538	RONCANCIO LOPEZ JULIO CESAR	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 4.480.000	FIJO			SI																	
4	CC 51662000	HERRERA SANCHEZ MARIA CRISTINA	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 2.576.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.411.200	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 225.800
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.576.000	$ 412.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 412.200
3			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
4			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.411.200	$ 56.500	$ 0	$ 56.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.411.200	1	$ 14.800
2	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.576.000	$ 103.100	$ 0	$ 103.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.576.000		$ 26.900
3	EPS008-COMPENSAR	30	$ 4.480.000	$ 179.200	$ 0	$ 179.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 4.480.000		$ 46.800
4	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.576.000	$ 103.100	$ 0	$ 103.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.576.000		$ 26.900

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.411.200	CCF24-COMPENSAR	$ 56.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 2.576.000	CCF24-COMPENSAR	$ 103.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 4.480.000	CCF24-COMPENSAR	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 2.576.000	CCF24-COMPENSAR	$ 103.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 1.637.200**