SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO — La guardia de la fe pública — 60 Años — El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04 — S. Mínimo 828.116
	Fecha: 09 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Día 15 | Mes 12 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	40.937.596	DE	RIOHACHA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-3310684	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	sharonbonillac@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	sharon.bonilla@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	526 30392616	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 376 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 33.713.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 3.586.500,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B, PARA LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA DE FORMALIZACIÓN Y SANEAMIENTO DE LA PROPIEDAD INMUEBLE URBANA QUE ADELANTA LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN, RESTITUCIÓN Y FORMALIZACIÓN DE TIERRAS A NIVEL NACIONAL.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CDP No.	56520	CRP No.	131520
FECHA CDP	27/02/2020	FECHA CRP	17/03/2020

FECHA APROBACION POLIZA: Día 16 | Mes 03 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: RIOHACHA

DEPARTAMENTO: GUAJIRA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 15 | Mes 12 | Año 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 17 | Mes 03 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 | DIAS 29

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.793.250,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.793.250,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	12	2020	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	15	12	2020	09	15	50%	DICIEMBRE

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$	179.400	EPS SANITAS S.A	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	229.600	PORVENIR	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	7.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	416.500	PLANILLA DE PAGO No.	4366275213

2.1.1. RELACION DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 33.713.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.673.700,00	$ 1.673.700,00	$ 32.039.300,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 5.260.200,00	$ 28.452.800,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 8.846.700,00	$ 24.866.300,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 12.433.200,00	$ 21.279.800,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 16.019.700,00	$ 17.693.300,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 19.606.200,00	$ 14.106.800,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 23.192.700,00	$ 10.520.300,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 26.779.200,00	$ 6.933.800,00
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 30.365.700,00	$ 3.347.300,00
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	$ 1.793.250,00	$ 32.158.950,00	$ 1.554.050,00
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	12	2020		DICIEMBRE
	AL	15	12	2020	09	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1). APORTAR Y CARGAR EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II, PARA CONOCIMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA Y EN LOS PLAZOS EN LOS QUE SE LE DETERMINE, LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL INICIO DEL CONTRATO. 2). APORTAR EL EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL SOLICITADO POR LA SNR CON LA PRESENTACIÓN DE LA PRIMERA CUENTA DE COBRO. 3). CONSTITUIR LA GARANTÍA ÚNICA DENTRO DE LOS 03 DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CARGARLA EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II PARA SU POSTERIOR APROBACIÓN POR LA SUPERINTENDENCIA	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA FIRMA DE LOS CONVENIOS QUE FUERON ENVIADOS A LOS MUNICIPIOS DE HATONUEVO, BARRANCAS Y FONSECA TENIENDO COMO RESPUESTA QUE SERÁN ENVIADOS A LA MAYOR BREVEDAD AL CORREO DE DESTINO PARA CONTINUAR CON EL PROCESO DE TITULACIÓN. EL JURÍDICO DEL MUNICIPIO DE HATONUEVO SOLICITO MODIFICAR EL PLAZO CONTRACTUAL AL CONVENIO

Sup. 1.4 cm Inferior 1,4 cm Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0,8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4). ACREDITAR SU AFILIACIÓN A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S.), A UNA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES (A.F.P.) Y A UNA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (A.R.L.) Y, ENCONTRARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LOS RESPECTIVOS APORTES. 5). SUSCRIBIR CONJUNTAMENTE CON EL SUPERVISOR EL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO. 6). PARA EFECTOS DEL PAGO MENSUAL DE HONORARIOS EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR: IMPRESIÓN O FOTOCOPIA DE LA RESPECTIVA PLANILLA CON LA QUE SE REALIZA EL PAGO DISCRIMINADOS E.P.S., A.F.P. Y A.R.L., SALVO LAS EXCEPCIONES LEGALMENTE ESTABLECIDAS Y EL FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS APROBADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE Y CARGAR LAS EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LA PLATAFORMA SECOP II. 7). SIN PERJUICIO DE LA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA, ATENDER LAS INSTRUCCIONES Y LINEAMIENTOS QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO SE LE IMPARTAN POR PARTE DE QUIEN SEA DESIGNADO COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO. 8). REMITIR EL SOPORTE DE LA AFILIACIÓN A AL A.R.L A LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DENTRO DE LOS 03 DÍAS SIGUIENTES A LA FIRMA DEL CONTRATO POR LA PLATAFORMA SECOP II. 9). OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN LAS DISTINTAS ETAPAS CONTRACTUALES, EVITANDO DILACIONES Y TRABAS. 10). CORREGIR DE FORMA INMEDIATA CUALQUIER FALLA O ERROR QUE SE COMETA EN LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. 11). DISPONER LO NECESARIO PARA QUE EL OBJETO DEL CONTRATO SE CUMPLA A CABALIDAD. 12). NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY, CON EL FIN DE OBLIGARLO A HACER U OMITIR ALGÚN ACTO O HECHO, INFORMANDO INMEDIATAMENTE A LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y DEMÁS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO SE PRESENTEN TALES CIRCUNSTANCIAS. 13). CUMPLIR CON LOS DEMÁS DEBERES A SU CARGO QUE SE DERIVEN DE LA NATURALEZA DEL CONTRATO.14). SUBIR A LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II LOS INFORMES MENSUALES DENTRO DE LOS CINCO (05) DÍAS SIGUIENTES A LA APROBACIÓN DE LOS MISMOS. 14). QUEDA PROHIBIDO PRESTAR EL SERVICIO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ Y/O BAJO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	YA QUE A LA FECHA EL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN SERÍA DE TRÉS AÑOS Y NO CUATRO COMO EL CONVÉNIO SITA, SE TRAMITO LA CORRECCIÓN Y FUE ENVIADO EL DÍA DE AYER 14 DE DICIEMBRE AL CORREO INSTITUCIONAL PARA FIRMA DEL ALCALDE . SE RECIBIÓ POR PARTE DE LA SECRETARIA DE PLANEACIÓN DEL MUNICIPIO DE FONSECA LAS FACULTADES OTORGADAS POR EL CONSEJO MUNICIPAL MEDIANTE ACUERDO 022 DE 30 DE NOVIEMBRE 2020. SE ENVIÓ EDICTO EMPLAZA TORIO CON 72 BENEFICIARIOS AL MUNICIPIO DE FONSECA PARA SU PUBLICACIÓN. EN EL MES DE ESTE INFORME SE RECIBIÓ POR PARTE DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE MAICAO VARIOS DOCUMENTOS EN LOS CUALES SE PUEDE IDENTIFICAR EL PROCESO A SEGUIR ASÍ COMO UN DERECHO DE PETICIÓN INTERPUESTO A LA OFICINA DE REGISTRO EL CUAL SITA ANOMALÍAS EN EL PROCESO DE CESIÓN Y VENTA DE BIENES BALDÍOS Y VENTA DE PREDIOS NO INSCRITOS EN FOLIO DE MATRÍCULA DE MAYOR EXTENSIÓN DEL MUNICIPIO ESTO CONLLEVO A LA SUSPENDIÓ DEL REGISTRO DE CESIÓN DE BALDÍOS Y VENTA DEL MUNICIPIO POR PARTE DEL REGISTRADO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS DEL CIRCUITO DE MAICAO. SEGUIDO DE ESTA SITUACIÓN SE REALIZÓ REUNIÓN VIRTUAL CONTANDO CON LA PRESENCIA DE LA SECRETARIA DE PLANEACIÓN MUNICIPAL EN COMPAÑÍA DE PROFESIONALES A CARGO ASÍ COMO TAMBIÉN ESTUVIERON PRESENTE EL JEFE DE JURÍDICA Y FUNCIONARIOS DELEGADOS POR PARTE DE LA SNR LA REUNIÓN LA LIDERO LA DOCTORA LINA BEDOYA ACOMPAÑADA DE LOS TOPÓGRAFOS DE LA SNR RICARDO GARZON Y EL GRUPO DE FORMALIZACIÓN GUAJIRA SHARON BONILLA Y NARAY REDONDO, POR PARTE DEL MUNICIPIO SE COMPROMETEN A SOLICITAR A LAS OFICINAS DEL IGAC PLANOS Y PLANCHAS TOPOGRÁFICAS DEL FOLIO DE MAYOR EXTENSIÓN, VERIFICAR EN LA NOTARIA DI EL PLANO ESTA PROTOCOLIZADO Y SOLICITAR ÁREA DEFINIDA LOS TOPÓGRAFOS DE LA SNR QUEDAN CON EL COMPROMISO DE BRINDAR UNA GUÍA ASI COMO LOS LINEAMIENTOS PARA LOGRAR DEFINIR LOS LÍMITES DEL FOLIO DE MAYOR EXTENSIÓN E INCORPORAR LOS PREDIOS QUE SE HAN CEDIDOS Y VENDIDOS EN TIEMPOS ANTERIORES. SE PROGRAMA NUEVA REUNIÓN CONTANDO CON LA INTERVENCIÓN DEL REGISTRADOR MUNICIPAL PARA EL DIA MARTES 22 DE DICIEMBRE. EN EL DISTRITO DE RIOHACHA SE NOTIFICO EL BARRIO VILLA CAMPO ALEGRE EL DIA 2 DE DICIEMBRE Y EL 5 SE NOTIFICO EL BARRIO EL PRADO.

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente periodo, se deja constancia que el (la) contratista **SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **40.937.596** de **RIOHACHA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **376** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **131520** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : $ **1.793.250,00**

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00 CENTAVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: $ **416.500,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	12	2020		DICIEMBRE
	AL	15	12	2020	09	DICIEMBRE

Para constancia se firma en **RIOHACHA** a los **15** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CONTRATISTA

Firma Contratista
SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA
Cedula de Ciudadania No
40.937.596 **DE** RIOHACHA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Artículo 340. *Ingresos de las rentas no laborales.*** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI___ NO_X__
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2019 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO_X__.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_X__
4. Dependiente Economico: SI___ NO__X_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantias SI___ NO_X__,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI___ NO_X__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 15 días del mes de Diciembre de 2020.

Atentamente,

Sharon Bonilla Cujia

Sharon Bonilla Cujia

Nombre y Firma

CC. 40.937.596

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40997599
ÓN SOCIAL:			SHARON ROSANNA BONILLA CUTIA
IPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
	CRA 17A NO 14E-15	TELÉFONO:	8555585
TE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y fiscalizadoras de la act
DENTACIÓN:	ÚNICO		
CONTRATO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			ND

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4366276213	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO	2020	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		119010401

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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-PORVENIR	1	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.600	$ 0	$ 229.600
									$ 229.600	$ 0	$ 229.600

TOTAL APORTES A SALUD

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 UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400
												$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO 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-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
								$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
CUELLA UIA XAROON OSANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.434.000				NO		30															230301-PORVENIR	30	1.434.000	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 229.600

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	SEGURIDAD SOCIAL – ARP: ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	1.434.000	$ 179.400	$ 0	$ 179.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.434.000	40997599	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 416.500