Cuenta de cobro No 01

BATALLON ASPC No 14 "CACIQUE PIPATON"

Nit. 800131115- 2

DEBE A:

MARIA CAMILA SANCHEZ TORRES

C.C. 1.020.747.773 de Bogotá-DC

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($2.600. 000.OO)

POR EL CONCEPTO DEL PRIMER PAGO, MES DE FEBRERO DE 2018, SEGÚN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN N° 013- BASPC 14-2018 EL CUAL TIENE COMO OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR Y ORIENTADOR PSICOSOCIAL DEL CEFAM DE LA DÉCIMA CUARTA BRIGADA.

Cordialmente,

Nombre y Firma Contratista
MARIA CAMILA SANCHEZ TORRES
C.C. 1.020.747.773 de Bogotá DC
TELÉFONO 7599194 CEL 3115140220
DIRECCIÓN Cra 54c No 143ª – 96 casa 22
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA No 0550000800080145

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

BATALLÓN DE APOYO Y SERVICIOS PARA EL COMBATE N° 14 "CACIQUE PIPATÓN"

INFORME DE GESTIÓN No.01

Puerto Berrio - Antioquia, Febrero de 2018

1. No. DEL CONTRATO	**No. 013-BASPC14-2018**
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	19/01/2018
3. POLIZA DE SEGUROS (CUANDO APLIQUE)	No. De la Póliza: 2024538–1 Aseguradora: Suramericana. Fecha del certificado de aprobación de la Póliza: 19/01/2018
4. CRP	No. CRP: 1518 – CDP: 2718 Fecha expedición: CRP0: 21/01/2018 – CDP: 19-01-2018 Unidas/Sub-unidad ejecutora: centro de familia - CEFAM Dependencia: 058 Posición catálogo de gasto: A-2-0-4-41-13 Otros gastos por adquisición de servicios. Fuente: Nación Recurso: 10CSF Valor: $ 28.600.000
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	01/02/2018
6. CONTRATISTA	Nombre completo: Maria Camila Sanchez Torres Identificación: C.C. 1.020.747773 Nacionalidad: Colombiana Dirección – ciudad de residencia: carrera 54c numero 143ª – 96 casa 22, Bogotá D.C. Teléfono de contacto: 3115140220 E-mail de contacto: mariacamilast@hotmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: Capitan Andrés felipe lópez ayala Cargo: oficial b4 de la br 14 Resolución de nombramiento N° 002 del 16 de enero de 2018
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR Y ORIENTADOR PSICOSOCIAL DEL CEFAM DE LA DÉCIMA CUARTA BRIGADA.
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Presentar informes de gestión de manera mensual, trimestral y al finalizar el plazo de ejecución del presente contrato, de acuerdo a las directrices emitidas por la Dirección de Familia y Bienestar del Ejército Nacional. Para justificar el pago mensual de sus honorarios. 2. Previa coordinación con el supervisor, asistir y participar en las actividades, reuniones y mesas de trabajo que se requieran por parte del M.D.N., Ejército Nacional, Unidad Operativa Mayor, Menor o Táctica, la Dirección de Familia y Bienestar y la red externa para trabajar temas relacionados con familia. 3. Previa coordinación con el supervisor del contrato, ejecutar los lineamientos y directrices establecidos por la Dirección de Familia y Bienestar, emitidos a través de planes, directivas, boletines, entre otros requerimientos. 4. Previa coordinación con el supervisor del contrato, gestionar recursos y beneficios a nivel departamental y municipal, con el propósito de vincular en programas y actividades que ofrecen las entidades públicas y privadas a las familias. 5. Informar a la población sensible de la unidad y jurisdicción, los requisitos para acceder a los beneficios adquiridos por ley o gestionados tanto por la Dirección de Familia y Bienestar como por el Centro de Familia a nivel nacional, regional y local. 6. Asesorar permanentemente al personal militar, civil, población sensible y sus respectivas familias en materia de prevención y promoción a nivel familiar de acuerdo a las necesidades de la población (disponer especio y tiempo para capacitar a las diferentes poblaciones de las unidades). 7. Elaborar y difundir a las diferentes poblaciones documentos, guías, cartillas, folletos, boletines, juegos, videos, entre otro material informativo o educativo en temas de familia. 8. Mantener el debido secreto profesional acorde al código ético, en relación a la información que recibirá como miembro del equipo CEFAM. 9. Realizar en coordinación con el resto de los miembros del equipo CEFAM el plan de acción, cronograma de actividades mensual - anual y organización del portafolio de servicios del Centro de Familia, de acuerdo a un diagnóstico de necesidades y una caracterización de la población con el fin de intervenir en las problemáticas más relevantes. 10. Realizar el panorama de familia en la unidad en coordinación con el equipo CEFAM,

teniendo en cuenta el diagnóstico de necesidades, caracterizando las diferentes poblaciones con las que interviene el Centro de Familia, con el fin de intervenir en las problemáticas más sentidas. El formato establecido debe ser entregado el último día del mes de febrero, debe actualizarse una vez se realicen los traslados del segundo semestre y enviarlo en la segunda semana de julio.

11. Realizar orientación individual y/o familiar de acuerdo a las necesidades de los consultantes o las familias del personal militar y civil que pertenece a la Fuerza a nivel psicosocial, identificado las necesidades y problemáticas que afectan su dinámica y estructura, estableciendo un diagnóstico inicial con el fin de estructurar un plan de intervención o trabajo con los miembros, a través del cual se aplicarán los diferentes conocimientos del profesional, teorías, rutas de atención, guías de manejo, entre otros, que contribuyan a mejorar la calidad de vida y bienestar de las familias. Debe tenerse en cuenta que el profesional que orienta a las familias no efectuara intervención clínica, en caso de requerirla remitir el caso a la autoridad competente.

12. Realizar seguimiento a los casos atendidos por el profesional y remitidos a las redes internas y externas de acuerdo al grado de complejidad y competencia. Una familia representa un caso, todos los miembros que consulten deben estar registrados en una sola historia psicosocial o jurídica.

13. Remitir a las redes de apoyo social internas y externas (privada o públicas) a los miembros del Ejército y sus familias cuando éstos lo requieran, con el fin de que busquen otras alternativas de solución a sus necesidades o problemáticas que no puedan ser atendidas por los profesionales del Centro de Familia..

14. Realizar la visita domiciliaria al personal militar y sus familias cuando se requiera, previa coordinación con el equipo interdisciplinario.

15. Realizar cierre y seguimiento a los casos en el formato establecido por cumplimiento de objetivos, traslado, fallecimiento o inasistencia del consultante y/o su familia, ya que es importante concluir la intervención de los mismos por efectos legales.

16. Diligenciar de manera completa y sin enmendaduras los formatos y documentos establecidos por la DIFAB, los cuales soportan el proceso de orientación psicosocial con los consultantes tales como: el libro foliado, entrevista psicosocial, seguimiento, visitas domiciliarias, remisión a redes internas o redes externas, consejería telefónica, entre otros; teniendo en cuenta que se deben registrar las respectivas firmas y sellos de los profesionales para validar la intervención, además debe hacer firmar al consultante cada vez que se realice una orientación o valoración .

17. Diligencias el formato de entrevista psicosocial a todas las personas que consulten por primera vez para que se defina algún tipo de orientación profesional, incluso si se remite a red externa. En ese formado se registra la estructura, funcionamiento, dinámica, redes y todas las características de la familia.

18. Realizar diagnóstico de necesidades de la población sensible y sus familias tanto en la unidad como en la jurisdicción, de acuerdo a los programas planteados por la Dirección de Familia y Bienestar, bajo el formato RPS (Registro de Población Sensible).

19. Previa coordinación con el supervisor del contrato, ejecutar y movilizar mensualmente cada uno de los programas y campañas dirigidas a la familia y poblaciones sensibles, realizando las acciones, actividades, subcampañas, gestiones, requerimientos y capacitaciones en la unidad, de acuerdo a las iniciativas del Centro de Familia y directrices emitidas por la Dirección de Familia y Bienestar. Se debe tener en cuenta que algunas actividades se deberán desarrollar de acuerdo a las necesidades tanto de la población como la DIFAB.

20. Acompañar y apoyar a las familias de los heridos y fallecidos, con el equipo interdisciplinario completo, de acuerdo a las necesidades de la población y de la DIFAB. Se debe rendir un informe por cada acompañamiento a la DIFAB, realizando seguimiento después de las exequias.

21. Conformar grupos de apoyo o autoayuda con las familias de población sensible.

22. Diligenciar y enviar informes estadísticos y de evaluación mensualmente de acuerdo a los formatos establecidos por la DIFAB, los cuales deben ser entregados los veinticinco (25) días de cada mes, de manera oportuna y con los datos completos.

23. Retroalimentar a la Dirección de Familia en cuanto a las problemáticas más vistas y/o reincidentes dentro de la guarnición, con el fin de generar líneas de intervención.

24. Aplicar los instrumentos enviados por la DIFAB al personal militar, civil, población sensible y sus respectivas familias, cuando sean requeridos, con el fin de recolectar información en temas de investigación, censo, caracterización, medición, entre otros.

25. Crear y actualizar las bases de datos de las diferentes poblaciones, en especial de la población sensible y sus familias que vivan en la jurisdicción, así como de la familia militar de la Unidad.

26. Asesorar a las familias del personal militar y civil de la Fuerza en temas relacionados con el contexto laboral. Así mismo gestionar las alianzas y acuerdos con las empresas, en donde se pueda concertar y conocer claramente las políticas y los beneficios que cada empresa
pueda proporcionar a las familias.

27. Promover e incentivar la vinculación académica de los miembros de la
Fuerza y sus familias, gestionando alianzas y acuerdos con las entidades educativas, en donde se pueda concertar y claramente las políticas y los beneficios desde el ámbito

	educativo para las familias del personal militar, civil, población sensible y sus familias. Así mismo, dar a conocer los convenios establecidos por el Ministerio de Defensa y el Ejército Nacional. 28. En coordinación con el Oficial y/o Suboficial coordinador del centro de familia, difundirá o divulgará las actividades de descuento programadas, en beneficio de la economía familiar a nivel nacional, propendiendo por el mejoramiento de la calidad de vida de la población militar, sensibles y sus familias. 29. En coordinación con el Oficial y/o Suboficial coordinador del centro de familia, ejecutar el plan de comunicaciones y directrices emitidas por el área de alianzas de la Dirección de Familia y Bienestar. 30. Las demás obligaciones que sean asignadas por la autoridad competente, de acuerdo a las necesidades de la Dirección de Familia y Bienestar, con la naturaleza y objeto del contrato.
10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMINETO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	• Seminario de induccion instalaciones bogota Coper y Cafam Floresta • Promocion de los programas y servicios • Reconocimiento redes de apoyo internas y externas • Scouts • Seguimineto y verificacion a entregas del proyecto de investigacion según tablero de control • Orientacion Psicosical a familias de personal del ejercito soldados profesionales, suboficiales, oficiales y personal civil organico de la BR 14 • Orientacion a traslados por Causas Especiales a personal del ejercito soldados profesionales, suboficiales, oficiales y personal civil organico de la BR 14
11. CONSTANCIAS	Dejo constancia que durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato. Así mismo, tanto la suscrita y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional –CEFAM- centro de familia ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en **Puerto Berrio.**, en el mes de febrero de 2018.

MARIA CAMILA SANCHEZ TORRES
C.C. 1.020.747.773 de BOGOTA

DATOS GENERALES

Ciudad y fecha: Febrero 2018

Señores
BASPC 14
Puerto Berrio

Quien suscribe: Maria Camila Sanchez Torres mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificada con cédula de ciudadanía No 1020.747.773 de Bogota, actuando en nombre propio.

Declaro:

Bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

1. Datos Básicos						
Nombre y Apellidos:	Maria Camila Sanchez Torres				Edad:	28
No. Documento:	1020.747.7773	Dirección:	Carrera 54c No 143ª – 96 casa 22		Ciudad:	Bogota
Teléfono fijo:	7599194	Celular:	3115140220	Email:	mariacamilast@hotmailcom	
Nivel de escolaridad: (Ultimo Grado Cursado)	Master	Pregrado:	Psicologa	Postgrado:	Master en Psicologia de la Salud	
Cuenta Bancaria No.:	0550000800080145	Tipo:	Ahorros	Entidad y Sucursal:	Davivienda – Orquideas	

2. Datos Familiares					
Estado Civil:	Soltera			**No. de hijos:**	**0**
Nombres de los hijos:				**Identificación:**	
Omitido					
Nombre y Apellidos: Cónyuge o Compañero Permanente					
No. Documento:		Dirección:		Ciudad:	
Teléfono fijo:		Celular:		Email:	
Labora en una Entidad :		Nombre de la Entidad:			
Publica	Privada				
Es militar o civil : vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI	NO	Entidad:		
Otros familiares: vinculados bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI	NO	Grado de Consanguinidad o afinidad:		
			Cargo que desempeña:		

3. Experiencia laboral		
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SIGEP		
Entidad:	**Tipo de contrato:**	**Duración:**
Centro de Atencion a Poblacion con discapacidad (CADIS)	Pasantia	6 meses

4. Otros Contratos					
(Laboral, obra- mano-labor, aprendizaje, ocasional de trabajo, otro.)					
Entidad	**Tipo de contrato**	**No. De contrato**	**Objeto**	**Plazo**	**Vlr. Total Contratado**

5. Contratos Vigentes

Entidad	Tipo de contrato	No. De contrato	Objeto	Plazo	Vlr. Total Contratado
BASPC 14	Prestacion de servicios	No. 013-BASPC14-2018	Prestación de servicios profesionales como asesor y orientador psicosocial del cefam de la décima cuarta brigada.	11 meses	28.600.000
-	-	-	-	-	-

6. Datos Generales

Pertenezco al régimen tributario	Simple x	Común:	
Régimen de excepción: Pertenece a regímenes de excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de la protección social – Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esa Entidad.		**Aplica**	**No Aplica**
Pago de pensión: El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)		**Aplica**	**No Aplica**

1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre ___no_.

2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___no__. (Adjuntar acto administrativo)

3. Por tener derecho a pensión de vejez_____.

7. Reserva Activa

Hace parte de la Reserva Activa	SI	NO x	Indique causal de retiro:
Por solicitud propia			
Por cumplir dos (2) años en el Grado de General, Almirante o General del Aire			
Por llamamiento a calificar servicios.			
Por sobrepasar la edad correspondiente al grado.			
Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.			
Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio.			
Por incapacidad profesional			
Por retiro discrecional			
Por no superar el período de prueba			
Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa			
Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro			
Se ha afiliado a pensión:	SI	NO	

8. Inhabilidades e incompatibilidades

Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal	SI	NO x	Causal:

Nombre Completo: María Camila Sanchez Torres
CC:1020.747.773

CERTIFICACIÓN DE CATEGORÍA TRIBUTARIA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENCIA 2018

Para efectos de los requisitos de seguridad social; así como los de índole tributario contemplados en el artículo 329 del estatuto tributario y el decreto 1070 de 2016 que debo acreditar ante la entidad; me permito manifestarle bajo la gravedad de juramento que:

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CAMILA SANCHEZ TORRES		
TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA DE CIUDADANIA	No. 1020.747.773	
DIRECCIÓN	CARRERA 54C NO 143A - 96 CASA 22	TELÉFONO	3115140220
CORREO ELECTRÓNICO	mariacamilast@hotmail.com		
SOY RESIDENTE EN COLOMBIA		SI X	NO
RÉGIMEN DEL IMPUESTO DE VENTAS AL QUE PERTENECE		SIMPLIFICADO X	COMÚN

2. DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

Presté servicios técnicos que requieren de materiales o insumos especializados, maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del 25% del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos	SI	NO X
Los servicios fuerón prestados de manera personal, en ejercicio de una profesión liberal	SI X	NO
El 80% o más de mis ingresos correspondierón a servicios prestados de forma personal o en el desarrollo de una actividad económica por cuenta del contratante	SI X	NO
Desarrollé una de las actividades del artículo 340 del estatuto tributario y me generó mas del 20% de mis ingresos brutos	SI	NO X

3. DECLARACIÓN PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Para efectos de la aplicación de la retención en la fuente de que trata el artículo 14 de la Ley 1607 del 26/12/2012 y que rige a partir del 1 de abril de 2013, me permito

Certificar que soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios año 2016	SI	NO X
Solicitar que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el artículo 1 del Decreto 0099 del 25/01/2013 así:	Tarifa del	% (solo declarantes de renta)

4. INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA PARA LA DEPURACIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Los aportes abligatorios y voluntarios establecidos por las normas vigentes que realizo mensualmente, son los siguientes:

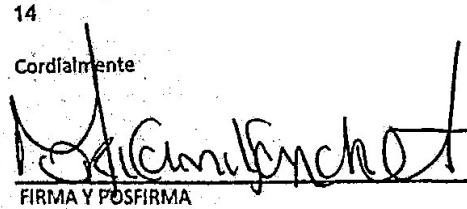
	SI	NO
Aportes obligatorios a salud	X	
Aportes obligatorios a pensión	X	
Riesgos laborales (ARL)	X	
Aportes Voluntarios a fondos de pensión		X
Ahorro para el fomento a la construcción AFC		X
Pago por medicina prepagada mensual		X
Interés o corrección monetaria en préstamos de vivienda		X
Declaro que tengo personas económicamente dependientes		X

5. INFORMACIÓN PERSONAL A CARGO

Informo que no he contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

Certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte que presento del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión, ARL y voluntarios AFC, medicina prepagada, pensión e intereses o corrección monetaria, deducción de dependientes, cumplen con los requisitos de monto y periodicidad establecidos en las normas vigentes y los ingresos corresponden al contrato No. 013 de 2018, suscrito con BATALLON ASPC NO 14

Cordialmente



FIRMA Y POSFIRMA
MARIA CAMILA SANCHEZ TORRES

FECHA Febrero de 2018

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	1020747773	maria camila sanchez torres		CALLE 54C N. 143A 96 CASA 22	7174268	mariacamilast@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 = Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	1	12/02/2018	25545325	$301.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	130.000	0		0		0	0	0	0	130.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	166.400	0	0	0	0	0	0		166.400	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	5.500				5.500	0	0	5.500			55	5.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	130.000	130.000
Pensión	1	166.400	166.400
Riesgos Laborales	1	5.500	5.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	301.900	301.900

25545325

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	1020747773	maria camila sanchez torres		CALLE 54C N. 143A 96 CASA 22	7174268	mariecamilast@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 a Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	I	12/02/2018	25545325	$301.900

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	Cód. depto	IRET	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	1020747773	SANCHEZ TORRES MARIA CAMILA	59	0			11																230301	1.040.000	166,400	0	0	0	0	EPS005	1.040.000	130.000	14-28	1.040.000	1	6.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
313757484

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/02/2018

Número de aprobación
00757484

Dirección IP
186.145.54.200

Valor transacción
$ 301.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.145.54.200	CC	1020747773