	CUENTA DE COBRO	VERSIÓN:	001
		VIGENIA	03/02/2026
	GESTIÓN FINANCIERA		

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
NIT 824,003,142-0

DEBE A:

NOMBRE: **SANDRA MARCELA BUSTOS ESTRADA**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **1.124.492.125** DV [ ] DE **URIBIA**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **DOS MILLONES DE PESOS**

(NUMEROS) $ **$ 2.000.000**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **C-038-2026** DESEMBOLSO No. **5** DE **5**

OBJETO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR "**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **23 de mayo** y **22 de junio**

FECHA: 2 de julio

DIRECCIÓN: **CARRERA 4 # 13 # 13 # 34 BARRIO LA GUAJIRA**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **VALLEDUPAR**

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): **0010**

TELÉFONO **3103960237**

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [ ] NO [X]

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Tomaré costos o deducciones asociados a los ingresos. SI [X] NO [ ]

(Marque una sola opción)

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	NO
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	NO
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	NO
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	SI
Declaración juramentada de dependencia económica	SI

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $.2.500.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
SAMUEL DAVID VALEGA BUSTOS			X		1067617242	HIJO

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Sandra Bustos.

FIRMA

* Ver aviso de privacidad para recolección de datos al respaldo de este documento

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 2 JUL 26
HORA:
RECIBIDO:

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 05** 038005 03 JUL 2026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**C-038-2026**	Número del Contrato	**C-038-2026**	Cuenta	**5 de 5**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS**	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ALA GESTION**
Contratista	**SANDRA MACELA BUSTOS ESTRADA**	
CC o NIT	**1.124.492.125 DE URIBIA**	
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**	
Representante Legal	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**	
Fecha de Suscripción	**13/01/2026**	
Objeto del Contrato	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR "**	
Plazo Inicial del contrato	**CINCO (5) MESES**	
Fecha de Inicio	**23/01/2026**	
Fecha Terminación	**22/06/2026**	
Valor Inicial del Contrato	**$10.000.000.00**	
Valor Mensual	**$2.000.000.oo**	
Forma de Pago	**CINCO (5)** pagos de mensualidades vencidas por el monto de **DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000.oo)**	
Supervisor	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ – SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL.**	

DATOS FINANCIEROS

Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal

	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
INICIAL	CDP	001	06/01/2026	2.1.2.02.02.008. Prestación de Servicios Profesionales y técnicos	$1.973.939.465
	.RP	072	23/01/2026	2.1.2.02.02.008. Prestación de Servicios como auxiliar de. Apoyo a la gestión.	$10.000.000

	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
INICIAL	SEGUROS DEL ESTADO 860009578-6	47-46-101030892	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$1,000.000.oo	13/01/2026 A 13/10//2620
	Aprobación de las Garantías		NO. CO1.WRT. 19097736 de 23/01/2026		

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL

CIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y FISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	4654877528	222.300	2026/06/26	Mayo
PENSION	4654877528	284.600	2026/06/26	Mayo
ARL	4654877528	9.400	2026/06/26	Mayo

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL

CIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD AL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	4658422754	218.900	2026/06/26	junio
PENSION	4658422754	280.200	2026/06/26	junio
ARL	4658422754	9.200	2026/06/26	junio

El suscrito supervisor en el cumplimiento de las obligaciones del contratista manifiesta que:

Si [ ] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 23 de mayo al 22 de junio de 2026, relacionado en todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad según el objeto contractual.

Si [ ] No [ ] Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicio de apoyo a la gestión t en los términos establecidos

Si [ ] No [ ] Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral

Si [ ] No [ ] Se da visto bueno para realizar el pago de **DOS MILLONES DE PESOS ($ 2.000.000.oo)MCTE** de la siguiente manera:

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
072-23-01-2026	2.1.2.02.02.008.03 Prestación de Servicios como auxiliar de. Apoyo a la gestión.	C-037-2026	$ 2.000.000
		Total	$ 2.000.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el 23 de mayo al 22 de junio de 2026 correspondiente al Informe de actividades N° 05 de acuerdo al contrato C-038-2026.

Observaciones:

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministro en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos y publicaciones requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

Se firma en la ciudad de Valledupar a los dos (2) días del julio de 2026

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL DEPARTAMENTAL DEL CESAR

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 05** 038005 - 03 Jul	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **3**

INFORMACIÓN DEL COBRO					
Fecha del informe			Periodo a Cobrar		
2 de julio de 2026			**23 de mayo a 22 de junio de 2026**		
INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS**		**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Número del Proceso	**CD-038-2026**	Número del Contrato	**C-038-2026**	Fecha	**13/01/2026**
Contratista	**SANDRA MARCELA BUSTOS ESTRADA**				
CC o NIT	**1.124.492.125 DE URIBIA**				
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**				
Valor Inicial del Contrato	**$ DIEZ MILLONES DE PESOS (10.000.000)**				
Plazo	**CINCO (5) MESES**				
Valor Mensual	**$ 2.000.000.oo**				
Fecha de Inicio	**23/01/2026**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Brindar apoyo en las actividades de mensajería que requiera la Corporación. (envíos de documentos).	Apoye las actividades de correspondencia direccionadas por la secretaria general en el periodo del 23 de mayo al 22 de junio. El día 26 de mayo fue radicado en la secretaria general "cumplimiento de lo ordenado por el numeral 51 del articulo 119 de la ley 2206 de 2022" del cual hice seguimiento.
2	Apoyar con la distribución de la correspondencia en las diferentes oficinas de los diputados.	Brindé apoyo en la entrega de correspondencia para los diputados: el día 2 de junio hice entrega en la oficina de cada diputado de la invitación a la consagración al corazón de Jesús invitación que hizo la parroquia inmaculada concepción.
3	Apoyar en las diligencias administrativas que requiera la Corporación.	Apoye el desarrollo de las sesiones los días ,23 ,25 ,26 ,27 ,28 ,29 de mayo y 1, 2, 3 ,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 de junio.
4	Apoyar en las actividades complementarias de archivo de acuerdo a los requerimientos del supervisor.	Prepare expedientes para consulta según requerimientos del supervisor. (secretario general) Identifique y rotule carpetas y cajas de archivo para facilitar su localización. Apoyo en la búsqueda y suministro de documentos solicitados por la secretaria general.

5	Las demás que sean propias del objeto contractual y las fijadas por la ley, los estatutos, reglamentos y supervisor.	Apoye la gestión administrativa de la asamblea del cesar mediante tramite de documentos seguimiento a procesos internos y las actividades propias del funcionamiento de la entidad.
6	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Publiqué a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley del contrato C-038 - 2026 correspondientes al actual contrato.
7	Publicar mensualmente a través de la plataforma del SECOP1 II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato.	Publique a través de la plataforma del SECOP II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas en la cuenta 4 del contrato C 038 del 23 de enero de 2026, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato.

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL
Certifico, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social En Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL

ACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE URIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	4654877528	222.300	2026/06/26	Mayo
PENSION	4654877528	284.600	2026/06/26	Mayo
ARL	4654877528	9.400	2026/06/26	Mayo

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL

ACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE URIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	4658422754	218.900	2026/06/26	junio
PENSION	4658422754	280.200	2026/06/26	junio
ARL	4658422754	9.200	2026/06/26	junio

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio de apoyo a la gestión en los términos establecidos.
- Cumplí con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Cumplí con las Tareas y atendí sugerencias propuestas por la supervisión
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Seguridad Social (Planillas pagadas)
- Informe de supervisión
- Informe de actividades
- Certificación bancaria

Sandra Bustos.

SANDRA MARCELA BUSTOS ESTRADA
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

) IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1124492125
MBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MARCELA BUSTOS ESTRADA
DAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
ECCIÓN:	CALLE O	TELÉFONO:	9999999
) APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
) EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
MA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4654877528		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	21				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/26		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997246776

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
01	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 280.200	$ 4.400	$ 284.600
TOTALES:										**$ 280.200**	**$ 4.400**	**$ 284.600**

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
002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 3.400	$ 0	$ 218.900	$ 3.400	$ 0	$ 222.300
TOTALES:													**$ 218.900**	**$ 3.400**	**$ 0**	**$ 222.300**

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
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 200	$ 0	$ 9.400
TOTALES:									**$ 9.200**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																						
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
CC 1124492125	BUSTOS ESTRADA SANDRA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	112449212	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 516.300

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada
03 JUL 2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

) IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1124492125
ÁBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MARCELA BUSTOS ESTRADA
)AD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
ECCIÓN:	CALLE O	TELÉFONO:	9999999
) APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
) EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
MA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4658422754		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO / 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/26		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997253280

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
01	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
TOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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
402	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
TOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
TOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD						ARP												
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
CC 1124492125	BUSTOS ESTRADA SANDRA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	112449212	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada