



**SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO**
la guarda de la fe pública



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 Mes Año
08 04 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

YAQUELIN MARIA MENDOZA GONZALEZ

CEDULA DE CIUDADANIA No.

42.208.568

DE

COROZAL

TELEFONO DE CONTACTO

3016992949

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

enfermerialaorden@gmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO

BANCOLOMBIA

No DE CUENTA

91216930458

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

100

DE

Año

2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 5.373.000,00

HONORARIOS MENSUALES

\$ 1.791.000,00

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTARCON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO ASISTENCIAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA IMPLEMENTACION, SEGUIMIENTO MONITOREO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA ENTIDAD EN LA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE COROZAL DE LA SNR

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

RAFAEL DE LA ESPRIELLA DE LA ESPRIELLA

CARGO DEL SUPERVISOR

REGISTRADOR

CDP No.

53621

CRP No.

87121

FECHA CRP

29/01/2021

FECHA CRP

1/02/2021

FECHA APROBACION
POLIZA

Día Mes Año

03 02 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

COROZAL

DEPARTAMENTO

SUCRE

FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO

Día Mes Año

11 05 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

11 02 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS

3 0

FECHA DE INICIO DE LA
ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año

ADICION Y/O PRORROGA

CDP No.

CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION
Y/O PRORROGA

Día Mes Año

MESES

DIAS

VALOR

VALOR A COBRAR

\$ 1.791.000,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.791.000,00

MES A COBRAR

Día Mes Año

DEL 01 03 2021

PAGO No. No DÍAS

MARZO

PERIODO DE PAGO

AL 30 03 2021

02 30 100%

MARZO

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 1



Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm

Carta 21.59 cm x 27.94 cm

tamaño a 79%

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>



**SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO**
la guarda de la fe pública



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01

Versión: 04

Fecha: 09 / 01 / 2019

**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)	113600	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145400	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3 ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	22200	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 281.200	PLANILLA DE PAGO No.	7786139383

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 5.373.000,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 1.194.000,00	\$ 1.194.000,00	\$ 4.179.000,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 1.791.000,00	\$ 2.985.000,00	\$ 2.388.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

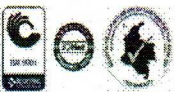
	Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	03	2021	PAGO No. MARZO
	AL	30	03	2021	02 MARZO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. REALIZAR SEGUIMIENTO DARIO SOBRE LAS ORIENTACIONES PARA EL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS ESPACIOS PUBLICO Y LUGARES DE TRABAJO DE ACUERDO AL LUGAR DE EJECUCION, IMPARTIDAS POR LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO, RELACIONADAS DENTRO DE LOS PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19.	

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 2



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

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 PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
2. TOMAR O VERIFICAR SEGUN SE REQUIERA, LA TOMA DE LA TEMPERATURA DE LOS FUNCIONARIOS Y USUARIOS PREVIO INGRESO ALAS INSTALACIONES DE LAS ORIP Y DEMAS DEPENDENCIAS DE LA ENTIDAD Y LLEVAR UN REGISTRO DE LOS DATOS ARROJADOS EN LA TOMA , EN CASO DE QUE EL RESULTADO SEA DE 38 GRADOS O SUPERIOR , NO SE PERMITIRA SU INGRESO Y DEBERA REPORTARLO A LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO PARA QUE TOME LAS MEDIDAS RELACIONADAS EN EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19. 3. REVISAR QUE LA PERSONA AL MOMENTO DEL INGRESO A LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD TENGA DEBIDAMENTE PUESTO EL TAPABOCAS , EN CASO DE NO TENERLO, NEGAR SU INGRESO Y LLENAR ENCUESTA O REALIZAR LAS PREGUNTAS QUE SE REQUIERAN . 4. REQUERIR AL FUNCIONARIO, CONTRATISTA O USUARIO QUE VAYA A INGRESAR A LAS INTALACIONES DE LA ENTIDAD EL USO DE GEL ANTIBACTERIAL Y/O ALCOHOL. 5. SOLICITARLE A LA PERSONA QUE INGRESA A LA ENTIDAD, EN LOS CASOS EN QUE HAYA LAVAMANOS, QUE HAGA EL DEBIDO LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON POR MINIMO 20 SEGUNDO. 6. PREGUNTAR A LA PERSONA QUE INGRESA SI PRESENTA SINTOMAS DE TOS SECA, PROBLEMAS RESPIRATORIOS O RELACIONADOS, EN CASO POSITIVO, SI ES FUNCIONARIO O CONTRATISTA NOTIFICARLO INMEDIATAMENTE AL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO , SI ES USUARIO RESTRINGIR LA ENTRADA. 7. APOYARSE DE LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO PARA TOMAR DECISIONES RELACIONADAS CON LA APLICACION DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19, QUE LE HAYA SIDO ASIGNADO COMO CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.. 8. VERIFICAR QUE EL RESPETO EN LA DISTANCIA DE DOS METROS ENTRE LOS USUARIOS QUE ADELANTE ACTIVIDADES EN LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD; ASI COMO EN LOS CASOS EN QUE APLIQUE , EN LOS RECINTOS EN QUE SE ENCUENTRAN LOS FUNCIONARIOS EJECUTANDO SU LABOR. 9. ASEGURAR QUE EL INGRESO ESCALONADO PARA ASEGURAR LA DISTANCIA DE DOS METROS ENTRE CADA PERSONA. 10. DAR A CONOCER AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CUALQUIER SITUACION QUE LE IMPIDA LA EJECUCION DE LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO . 11. CUMPLIR A CABALIDAD EL PRESENTE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y CONOCIMIENTO. 12. CONTROLAR LA ENTRADA DE VISITANTES / PROVEEDORES, EVITANDO INGRESO MASIVOS A HORAS DETERMINADAS EN LAS INSTALACIONES, CON EL APOYO DE LOS VIGILANTES . 13. REPORTAR AL REGISTRADOR O AL JEFE DE DEPENDENCIA, CON OPORTUNIDAD Y DE PREFERENCIA EN FORMA ANTICIPADA, LAS BAJAS EXISTENCIAS, AGOTAMIENTO O INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DADOS PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL E INFORMAR A LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO PARA QUE RESUELVA ESTA SITUACION A LA BREVEDAD. 14. REPORTAR EN FORMAR INMEDIATA A LOS VIGILANTES CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN LA TOMA Y APLICACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD QUE LE IMPIDAN SU EJECUCION Y EN ALGUNA FORMA ALTERE TRANQUILIDAD EN LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD. 15 . DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DE IMPLEMENTACION, SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, PARA REMITIR A LAS DEPENDENCIAS QUE SE REQUIERAN. 16. LAS DEMAS QUE LE ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, QUE TENGA RELACION CON EL OBJETO CONTRACTUAL.	1. SE RELAZARON SEGUIMIENTOS Y ORIENTACIONES A LOS PROCESOS DARIOS DE LIMPIEZA Y DESENFICION DE LAS AREAS PUBLICAS Y ESPACIOS DE TRABAJOS . 2. SE TOMARON MUESTRAS DE TEMPERATURAS DIARAS A FUNCIONARIOS CONTRATISTA Y USUARIOS . 3. SE LLEVA UN REGISTRO DIARIO CON LOS DATOS QUE AROJA LA TOMA DE DICHAS MUESTRAS SE EXIJE Y SUPERVISA EL USO OBLIGATORIO DEL TAPABOCAS Y LAVADO DE MANO FRECUENTAMENTE . 4. SE REALIZAN A LA EVALUACION DE SALUD A LOS USUARIOS / PREGUNTA FRECUENTE/ 5. SE VERIFICA EL DISTENCIAMIENTO DE DOS METROS ENTRE LOS USUARIOS Y FUNCIONARIOS SE CONTROLA EL INGRESO DE USUARIOS ESCALODAMENTE . 6. SE EXIJE EL CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDA ESTABLECIDO POR EL DECRETO DE LA SNR.

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

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 3



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 - PBX (13282121)
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



**SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO**
la guarda de la fe pública



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01

Versión: 04

Fecha: 09 / 01 / 2019

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

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **YAQUELIN MARIA MENDOZA GONZALEZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **42.208.568** de **COROZAL** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **100** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **87121** CDP No **53621**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **1.791.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS**

	Día	Mes	Año
DEL	01	03	2021
AL	30	03	2021

PERIODO DE PAGO

PAGO No.
MARZO
02
MARZO

Para constancia se firma en **COROZAL** a los **08** días del mes de **ABRIL** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
RAFAEL DE LA ESPRIELLA DE LA ESPRIELLA
REGISTRADOR

CONTRATISTA

yaquelin maria mendoza gonzalez

Firma Contratista
YAQUELIN MARIA MENDOZA GONZALEZ
Cedula de Ciudadania No
42.208.568 DE COROZAL

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 4



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	

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 PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO la guarda de la fe pública	 MINISTERIO DE JUSTICIA	 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021			

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **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 Económico: SI ☐ NO ☒ X (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, 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 Cesantías SI ☒ X NO ☐ ,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI ☐ NO ☒ X, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI ☐ NO ☒ X, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 7 días del mes de abril de 2021.

Atentamente,

Yaquelin Maria Mendoza G.

Nombre Yaquelin Maria Mendoza

CC. 42.208.568



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 42208568
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YAQUELIN MARIA MENDOZA GONZALEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	COROZAL	DEPARTAMENTO: SUCRE
DIRECCIÓN:	CRA 25 23A 05	TELÉFONO: 2857804
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7786139383	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 948721947

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400
SUBTOTAL:			1	\$ 145.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
806008394	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	\$ 113.600
SUBTOTAL:			1	\$ 113.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 22.200
SUBTOTAL:			1	\$ 22.200

TOTAL PAGADO:	\$ 281.200
----------------------	-------------------

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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400
SUBTOTALES:										\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600
SUBTOTALES:									\$ 113.600				\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200
SUBTOTALES:									\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	PENSIÓN				SEGURO SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT
1	CC 42208568	MENDOZA GONZALEZ RAQUELIN MARIA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 908.526			NO																		230301- PORVENIR	30	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 145.400	ESSC07- ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	\$ 908.526	\$ 113.600	\$ 0	\$ 113.600	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 908.526	42208568	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 281.200
--------------	-------------------