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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

Dia	Mes	Año
30	4	2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ANTONIO LUIS VALLE MORA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	72,147,666	**DE**	BARRANQUILLA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-5220101	**FIJO**	3037792	**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	antonioluisvallemora@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	antonio.valle@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	**No DE CUENTA**	24086824763	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No	**DE**	**Año**	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 11,085,000.00**
192	**DE**	**2021**	**HONORARIO MENSUAL**	**$ 3,695,000.00**

OBJETO DEL CONTRATO: Elaborar los estudios de títulos que se requieran para efectos de identificar los predios a sanear y/o formalizar en el marco de los diferentes procesos que se adelanten con las entidades territoriales u otras entidades públicas. 2.Realizar las visitas de campo que se requieran para la identificación de los ocupantes de los predios fiscales en los diferentes municipios.3.Recolectar o recepcionar documentos soportes y aplicar ficha técnica de caracterización de predios a formalizar.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION,SDPRFT

				FECHA APROBACION POLIZA	Día	Mes	Año
CDP No.	**62621**	**CRP No.**	**131821**		26	02	2021
FECHA CDP	**2/16/2021**	**FECHA CRP**	**2/26/2021**				

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BARRANQUILLA	**FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO**	Día	Mes	Año
DEPARTAMENTO	ATLÁNTICO		31	05	2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	Día	Mes	Año	**TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**	MESES	DIAS
	01	03	2021		3	0

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	**$ 3,695,000.00**	**COBRA CON FACTURA**	**No de factura**
VALOR TOTAL # DE DIAS			
$ 3,695,000.00			

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año				**MES A COBRAR**
DEL	01	04	2021	**PAGO No.**	**No DÍAS**		**ABRIL**
AL	30	04	2021	**02**	**30**	100%	**ABRIL**

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)	$	184,800	EPS-SURA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	236,500	COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	7,800	ARL-POSITIVA- RIESGOS LABORALES	0.522%
TOTAL A PAGAR	**$**	**429,100.00**	PLANILLA DE PAGO No.	**4387302377-4387620166**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		**$ 11,085,000.00**	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 3,695,000.00	$ 3,695,000.00	$ 7,390,000.00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3,695,000.00	$ 7,390,000.00	$ 3,695,000.00
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		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	04	2021		ABRIL
	AL	30	04	2021	**02**	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4.Estudiar, clasificar y realizar los filtros y cruces en las diferentes bases de información frente a los predios solicitados para la expedición de certificados de carencia de antecedente registral.5.Realizar los filtros de las bases de datos remitidas por los entes territoriales, entidades públicas y Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, ORIP en los aplicativos establecidos para tal fin.6.Apoyo en el trámite y expedición de certificados de carencia de antecedente registral que adelanta la Superintendencia de Notariado y Registro, en virtud de los convenios suscritos con las diferentes entidades.7.Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia.	• Me traslado a la ORI de Sabanalarga -Atlantico para organizar radicar y calificar 257 resoluciones del municipio de Santa Lucia • Se realiza busqueda R1 y R2 y mejoras en la plataforma de IGAC, dichas busquedas son de la ciudad de Pasto-Nariño(350 predios) y del municipio de Sitionuevo-Magdalena (3265 predios). . .

ISO 9001 icontec | IQNet

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
8.Proyectar respuesta a derechos de petición, tutelas y demás requerimientos que le sean asignados.9.Conformar expedientes para cada caso o proceso.10.Conformar bases de datos de beneficiarios por municipio.11.Asistir a las diferentes reuniones, mesas de trabajo, talleres, seminarios, foros y demás donde tenga participación o las que requiera la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras. 12.Elaborar y presentar informes mensuales sobre los avances en el desarrollo de los procesos de formalización y saneamiento o cuando estos se requieran por el supervisor del contrato o la coordinación del grupo.13.Prestar apoyo a la calificación de turnos asignados por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos a solicitud del supervisor del contrato en el marco de los procesos que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras.14Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor. 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. 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.	• Asistencia a reunión virtual del Programa Saneamiento y Formalización de la propiedad inmobiliaria Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras- Regional Caribe, para acordar funciones y las espe4ctativas con los municipios cada uno tenemos a cargo, así mismo recordarles a estos cómo va el proceso y los requisitos faltantes. • Me traslado a las ORI de Soledad - Atlántico, para continuar con el proceso de radicación, calificar y organizar las resoluciones de la alcaldía de Soledad – Atlántico (1.200 títulos). • En fecha 28/04/2021- Vía telefónica me informa la doctora Katty Brochero secretaria de vivienda del municipio de Campo de la Cruz – Atlántico, que el concejo de este municipio ya le entrego el acuerdo de facultades, estamos a la espera que nos lo envíe, lo mismo que la base de datos, para continuar con el proceso de titulación de este municipio.

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 AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **ANTONIO LUIS VALLE MORA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **72,147,666** de **BARRANQUILLA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **192** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **131821** CDP No **62621**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3,695,000.00**

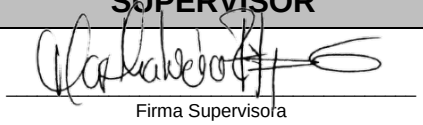
Valor en letras: **TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL, PESOS CON 00 CTVOS.**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 429,100.00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	04	2021	**PAGO No.**	**ABRIL**
	AL	30	04	2021	**02**	**ABRIL**

Para constancia se firma en **BARRANQUILLA** 30 días del mes de **ABRIL** de **2021**

SUPERVISOR



Firma Supervisora
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
Coordinadora de Grupo Saneamiento Formalización,SDPRFT

CONTRATISTA



Firma Contratista
ANTONIO LUIS VALLE MORA
Cedula de Ciudadania No.
72,147,666 **DE** BARRANQUILLA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021.

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__X_ NO___ (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 30 días del Mes de Abril de 2021.
Atentamente,



ANTONIO LUIS VALLE MORA

CC. 72.147.666 de Barranquilla

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72147666
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANTONIO VALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4387620166**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1042718036
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4387302377	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2021/04/23

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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	$ 7.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	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	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 72147666	VALLE MORA ANTONIO LUIS	INDEPEND		$ 1.478.000				NO							A										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.478.000	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.478.000	$ 184.800	$ 0	$ 184.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 72147666	VALLE MORA ANTONIO LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.478.000				NO							C										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.478.000	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.478.000	$ 184.800	$ 0	$ 184.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.478.000	1	$ 7.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 72147666	VALLE MORA ANTONIO LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.478.000				NO							R										25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.478.000	1	$ 7.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 7.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72147666
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANTONIO VALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4387302377**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1042312712

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.500	$ 0	$ 236.500
SUBTOTALES:										**$ 236.500**	**$ 0**	**$ 236.500**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 184.800
SUBTOTALES:													**$ 184.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 184.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADOR	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	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 72147666	VALLE MORA ANTONIO LUIS	INDEPEND		$ 1.478.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.478.000	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.478.000	$ 184.800	$ 0	$ 184.800			$ 0		$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 421.300

Planilla Pagada