 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT

Documento de Identificación: 1.107.038.250


No. de Contrato: 1-06-03-327-2015 Valor a pagar: \$ 4.666.666

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verificación	SERVICIOS	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	<input type="checkbox"/>	Informe de Supervisión (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la EPS (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la AFP (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la ARL (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	<input type="checkbox"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

Nombre y No. Documento de Identidad

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT"/>		
No. Identificación	<input type="text" value="1.107.038.250"/>		
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-327-2015"/>		
Periodo de ejecución de la actividad:	Del	<input type="text" value="08-10-2015"/>	al <input type="text" value="08-11-2015"/>

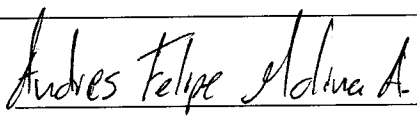
2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):


- Preste los servicios con responsabilidad y eficiencia.
- Pose al servicio de la institución universitaria Escuela nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto de este contrato.
- Diseñe el cronograma para el desarrollo del proyecto.
- Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo del proyecto.
- Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertadas.
- Di apoyo de inscripción de las personas interesadas en participar en las capacitaciones.
- Presente los informes requeridos del proyecto.
- Di apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:

SI NO

4. CONTRATISTA:

ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT C.C. 1.107.038.250 <small>Nombre y No. Documento de identidad</small>	 <small>Firma</small>
---	--

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	<input type="text" value="ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="1.107.038.250"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="SERVICIOS PROFESIONALES"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-327-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="08-10-2015"/>	al	<input type="text" value="08-11-2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Coordinador General del proyecto Capacitación en Deporte y Recreación a Líderes Deportivos y Deportistas de Santiago de Cali.


2. TERMINO DEL CONTRATO:
Hasta el 31 de diciembre de 2015

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:
--

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. • Poner al servicio de la institución universitaria Escuela nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto de este contrato. • Diseñar el cronograma para el desarrollo del proyecto. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo del proyecto. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertadas. • Dar apoyo de inscripción de las personas interesadas en participar en las capacitaciones. • Presentar los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto. 	40% para las actividades previamente planificadas.

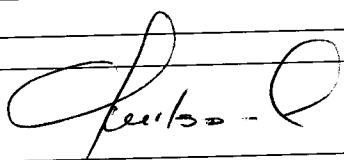
4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Informe técnico, asistencia

5. SOPORTE PARA PAGO:

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

Valor Ejecutado:	\$ 4.666.666
Valor por Ejecutar:	\$ 9.333.334

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota	 Firma
Nombre y No. Documento de Identidad	

GUARDADA 26/11/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razon Social	ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT	Dirección	KRA 7C 69/108 ALFONSO LOPEZ
Documento	CC1107038250	Teléfono	3168755638
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALL	Identificación	CC1107038250
Representante Legal	MOLINA ARARAT ANDRES FELIPE		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A. da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades		Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total																					
Identificación	Apellido y Nombre	Tipo	Situación	RET	TAE	TOP	TAP	RO	ES	AC	VCI	IRP	Día APP	Día EPS	Día ARP	Día CC	Administradora	IBC Paratón	Aporte Paratón	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgo	Aporte Riesgo	Administradora	IBC Cajas	Aporte Cajas	Administradora	IBC Min. Educación	Aporte Min. Educación	Incapacidades, Licencias, Salios	ARF	SUBTOTAL SIN INTERESES	TOTAL	TOTAL FINAL
CC1107038250	MOLINA ARARAT ANDRES FELIPE	03	00														Administradora	\$1.221.650	\$98.500	Administradora	\$1.221.650	\$152.656	Administradora	\$1.221.650	\$152.656 POSITIVA DE SEGUROS	Administradora	\$1.221.650	\$12.772	Administradora	\$1.221.650	\$24.400	Incapacidades, Licencias, Salios	\$0	\$350.328	\$13.300	\$586.242

III. TOTALES

IBC Paratón	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Paratón	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sama	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min. Educación	Incapacidades, Licencias, Salios	ARF	SUBTOTAL SIN INTERESES	TOTAL	TOTAL FINAL
\$1.221.650	\$1.221.650	\$1.221.650	\$1.221.650	\$198.500	\$0	\$0	\$152.656	\$12.772	\$24.400	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$350.328	\$13.300	\$586.242

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora: 8

Periodo de cotización salud

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Cafam-Colsubsidio-Mercaderuerias Cafam-Colsubsidio-

888846456410000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)884645641(03900)000000(096)20991231

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2015-06-11, 08:09:34 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES
 Periodo Cotización: julio de 2015 Periodo Servicio: julio de 2015
 Número Planilla: 8859685070
 Referencia pago (PIN): 8829983899

GUARDADA 10/06/2015

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT	Dirección	KRA 7C 69108 ALFONSO LOPEZ
Documento	CC1107038250	Teléfono	3168755638
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALI	Identificación	CC1107038250
Representante Legal	MOLINA ARARAT ANDRES FELIPE		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo a día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S.A. da por entendido, que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Contrato	Novedades		Pensioness		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
			Saldo Cotizante	OTROS	IBC Pension	Aportes Pension	IBC Salud	Aporte Salud	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	IBC Cajas	Aportes Cajas	IBC Cajas	Aportes Cajas	
CC 1107038250	FELIPE	03	90		\$ 644.350	\$ 103.100	\$ 644.350	\$ 80.544	\$ 644.350	\$ 80.544	\$ 644.350	\$ 80.544	\$ 644.350	\$ 80.544	\$ 203.272

III. TOTALES

IBC Pension	\$ 644.350	IBC Riesgos	\$ 644.350	IBC Cajas	\$ 644.350	Aportes Pension	\$ 103.100	Aportes ESP	\$ 0	Aportes FSS	\$ 0	Aportes Salud	\$ 80.544	Aportes Riesgos	\$ 6.728	Aportes Cajas	\$ 12.800	Aportes Salud	\$ 0	Aportes Serina	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades (Incapacidades Licencias, Salidas)	\$ 0	Incapacidades (Incapacidades AFP)	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES	\$ 203.272	TOTAL INTERESES	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 203.272
-------------	------------	-------------	------------	-----------	------------	-----------------	------------	-------------	------	-------------	------	---------------	-----------	-----------------	----------	---------------	-----------	---------------	------	----------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-----------------------------------	------	------------------------	------------	-----------------	------	-------------	------------


IV. INFORMACION

<p>Día hábil de pago sin mora</p> <p>8</p>	<p>Periodo de cotización salud</p> <table border="1"> <tr> <td>Enero</td> <td>Febrero</td> <td>Marzo</td> <td>Abril</td> <td>Mayo</td> <td>Junio</td> <td>Julio</td> <td>Agosto</td> <td>Septiembre</td> <td>Octubre</td> <td>Noviembre</td> <td>Diciembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Cafam-Colsubsido-Mercadotruerías Cafam-Colsubsido-
 Grupo Éxito-Barcompariti-Comfandi Grupo Éxito-
 88882998389900000991231
 (415)7709998485884(8020)8829983899(3900)0000000(96)20991231

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 381 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
 ¡Más que Fácil, SIMPLE!



 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

279
ultima

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT

Documento de Identificación: 1.107.038.250

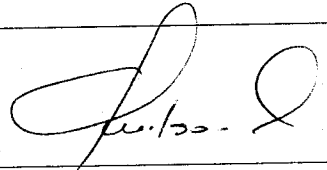
No. de Contrato: 1-06-03-327-2015 Valor a pagar: \$ 9.333.334

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO


COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verificación	SERVICIOS	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	<input type="checkbox"/>	Informe de Supervisión (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la EPS (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la AFP (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la ARL (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	<input type="checkbox"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES
 C.C. No. 79.297.095 de Bogota


 Firma

Nombre y No. Documento de Identidad

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	<input type="text" value="ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="1.107.038.250"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="SERVICIOS PROFESIONALES"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-327-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="08-11-2015"/>	al	<input type="text" value="14-12-2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Coordinador General del proyecto Capacitación en Deporte y Recreación a Lideres Deportivos y Deportistas de Santiago de Cali.

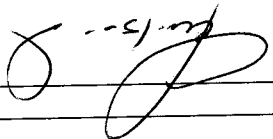
2. TERMINO DEL CONTRATO:
Hasta el 31 de diciembre de 2015

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. • Poner al servicio de la institución universitaria Escuela nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto de este contrato. • Diseñar el cronograma para el desarrollo del proyecto. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo del proyecto. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertadas. • Dar apoyo de inscripción de las personas interesadas en participar en las capacitaciones. • Presentar los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto. 	100% para las actividades previamente planificadas.


4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Informe técnico

5. SOPORTE PARA PAGO:

8. SUPERVISOR:

Nombre y No. Documento de Identidad
WILSON CANZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogotá

7. OBSERVACIONES:
SE REALIZA EL PAGO TOTAL A LA FECHA, TENIENDO EN CUENTA LA APROXIMACION AL CIERRE DE LA VIGENCIA FISCAL

Valor por Ejecutar:
\$ 0

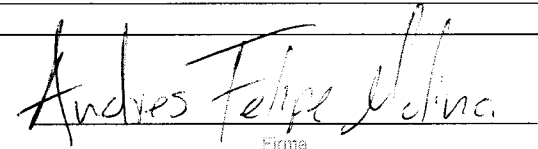
 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT"/>
No. Identificación	<input type="text" value="1.107.038.250"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-327-2015"/>
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="08-11-2015"/> al <input type="text" value="14-12-2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<ul style="list-style-type: none"> • Preste los servicios con responsabilidad y eficiencia. • Pose al servicio de la institución universitaria Escuela nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto de este contrato. • Diseñe el cronograma para el desarrollo del proyecto. • Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo del proyecto. • Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertadas. • Di apoyo de inscripción de las personas interesadas en participar en las capacitaciones. • Presente los informes requeridos del proyecto. • Di apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

4. CONTRATISTA:	
ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT C.C. 1.107.038.250 <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Firma</small>

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2015-06-11 08:09:34 AM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: julio de 2015

Periodo Servicio: julio de 2015

Número Planilla: 8858885070
Referencia pago (PINI): 8829983899

GUARDADA 10/06/2015

DATOS DEL APORTANTE

Requisito Social	ANDRES FELIPE MOLINA ARARAT	Dirección	KRA 7C 69108 ALFONSO LOPEZ
Documento	CC1107038250	Teléfono	3168755638
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo de Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CAI	Identificación	CC1107038250
Representante Legal	MOLINA ARARAT ANDRES FELIPE		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habi siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S. A. da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			TOTAL								
	Apellidos y Nombres	Tipo de Contrato	Sistema de Cotización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Cajas	Aportes Cajas	Administradora	IBC Cajas	Aportes Cajas		Administradora	Subtotal SIN INTERESES DE	Subtotal SIN INTERESES	TOTAL FINAL				
CC1107038250	MOLINA ARARAT ANDRES FELIPE	CAI	00													Administradora	\$ 644.350	\$ 103.100	Administradora	\$ 644.350	\$ 80.544	Administradora	\$ 644.350	\$ 6.728	Administradora	\$ 644.350	\$ 12.920	Administradora	\$ 644.350	\$ 0	Administradora	\$ 644.350	\$ 12.900	Administradora	\$ 644.350	\$ 0	\$ 203.272	\$ 203.272	\$ 203.272

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes SSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Mh. Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas)	Incapacidades ANT	Aportes SENA	Aportes ICBF	Subtotal SIN INTERESES DE	Subtotal SIN INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 644.350	\$ 644.350	\$ 644.350	\$ 644.350	\$ 103.100	\$ 0	\$ 0	\$ 80.544	\$ 6.728	\$ 12.920	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 203.272	\$ 203.272	\$ 203.272

IV. INFORMACION

Dia hábil de pago sin mora												Periodo de cotización salud																					
8												Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre										
												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

Cafam-Cotsubsidio-Mercaderuguerias Cafam-Cotsubsidio- Grupo Éxito-Bancompartir-Confandi Grupo Éxito-

888829983899000000991231

Lineas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 555 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

