TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINEDUCACIÓN icfes mejor saber

Bogotá, 25 de enero de 2018

JOSE GABRIEL SILVA
Subdirección Financiera y Contable
ICFES

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20182000048842
Fecha Radicado: 2018-01-25 12:05:38
Anexos: 8 FOLIOS.

Asunto: Radicación de cuenta de cobro, informe de actividades y demás soportes requeridos para el trámite de pago N° 1 del Contrato 34 de 2018.

Respetado Doctor,

Con el objetivo de tramitar el pago N° 1 del Contrato 34 de 2018, anexo a la presente los documentos correspondientes al periodo comprendido entre 3 de enero y el 31 de enero de 2018, así:

- ✓ Copia del certificado de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
- ✓ Original de la Cuenta de cobro
- ✓ Certificación tributaria
- ✓ Copia del comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Informe de ejecución contractual del periodo señalado

Cordialmente,

Adriana P. Corredor
ADRIANA PATRICIA CORREDOR
Contratista CPS N° 34 de 2018

Anexos

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	Código: G3-FT001 Versión: 1 Página 1 de 1

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación: **25/01/2018**

Contrato No:	34	**Fecha de contrato:**	**03/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**Adriana Patricia Corredor**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**1.031.149.285**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	N/A	**Pago número:**	1			**Periodo a pagar:**	**DE:** **03/01/2018**	**A:**	**31/01/2018**

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Se certifica el cumplimiento de:
1-Se procedió a estandarizar el documento de análisis de copia, se eliminaron los documentos de C6-P01 y se realizó la solicitud para actualizar el Subproceos C6.
2- Se montaron a Oracle los estudios previos, se proyectaron todas las actas de inicio y se acompañó el proceso de contratación de todos los contratista de la SE.
3- Se ha hecho seguimiento al plan de compras de acuerdo al proceso de contratación.
4-Se realizó seguimiento a la correcta implementación de los formatos estandarizados en DARUMA.
5-Se cerró el plan de acción en el que se establece por cronograma la elaboración y entrega de Manuales.
6-Se hizo el reporte de indicadores 2017-2, así como el reporte de planes de acción 2017-4 para la Subdirección de Estadísticas.
7-Se ha dado seguimiento a la entrega de reportes y Manuales de procesamiento de acuerdo a los casos.
8- Se han gestionado y respondido las comunicaciones de Orfeo que hasta la fecha han llegado a la bandeja de entrada para la Subdirección de Estadística.
9- Se radicaron por Orfeo, las diferentes comunicaciones internas de acuerdo a los casos requeridos.
10- Se inició con el cierre de expediente de radicados.
11-Se hizo seguimiento al reporte de plan estratégico de la Subdirección de Estadísticas.
12- Se realizó la contratación de las personas requeridas para apoyar las actividades de investigación de la Subdirección.
13-Se procedió con la desvinculación del Procedimiento C6.P01, del Subproceso C6.
14- Se entregó un informe a la OAP en el que se detalla el número de contratistas en plan de compras, la relación de sus obligaciones y el impacto en plan de acción y proyecto estratégico.
15- Se procedió a establecer todas las mesas de ayuda requeridas para el correcto funcionamiento de la Subdirección de Estadísticas.
16- Se ayudó con la gestión de cuentas de cobro de los contratistas de la Subdirección de Estadisticas.

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3.Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	**Nombre Centro de Costo***	**Monto a Pagar**
CCMV03	Subdirección de estadísticas	4.280.300
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **4.280.300**

**Para la asignación y/o distribución del (los) Centro (s) de costos del sistema de costeo ABC del Instituto por favor tener en cuenta el instructivo G6.3.A01 "Determinación de centros de Costos"*

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**Edwin Javier Cuellar Caicedo**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirección de Estadisticas.**

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN MINEDUCACIÓN icfes	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: G3-FT004 Versión: 1

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. 34, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	Adriana Patricia Corredor			**C.C. / C.E. No.:**	1031149285	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	3/1/2018	**Hasta**	31/1/2018	**INFORME No.:**	**1**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	34	**Fecha de inicio**	3/01/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018
Objeto del Contrato: ***"Prestación de servicios profesionales para apoyar procesos precontractuales y contractuales, así como apoyar en actividades administrativas y de gestión de calidad a cargo de la Subdirección de Estadísticas y la participación en las actividades de monitoreo que se requieran, así como el apoyo en la gestión a comunicaciones interna y externas."***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***sexta*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***CINCUENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS ($51.363.600) MCTE*** *precio correspondiente a 66.63 salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2017.*				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* ***CERO PESOS ($0) MCTE.***	
SALDO DEL CONTRATO: El valor falto por ejecución, es la suma de ***CINCUENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS ($51.363.600) MCTE***				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***NOVENA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta en doce (12) meses, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***03/01/2017*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***03/01/2017*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No* ***34***				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula SEPTIMA del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "El ICFES pagará a EL CONTRATISTA el valor del contrato de la siguiente forma: a) Un primer pago por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300) incluido IVA*

	para el mes de enero, o por el valor proporcional que corresponda según los días del mes en que el CONTRATISTA preste efectivamente sus servicios. *b) Once pagos por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300) incluido IVA."*

***PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA**: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor
1.			
2.			
3.			
4.			
	DD/MM/AAAA		$

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	X											

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Gestión de cuentas de Cobro	**100%**
2	Seguimiento contractual y precontractual de contratistas SE	**100%**
3	Continuación de seguimiento a al bitácora de cambios.	**100%**
4	Modificación a Subproceso de Calificación y eliminación del procedimiento C6.P01	**100%**
5	Gestión de comunicaciones internas y externas de ORFEO	**100%**
6	Gestión a mesas de ayuda.	**100%**

5. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1		

2		

6. CONSTANCIAS

El supervisor o interventor ***EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO*** *acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO, *en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,*

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el 25 de **enero** de **2018**

Adriana P. Corredor		Javier Cuellar
ADRIANA P. CORREDOR Elaboró	LAURA MARCELA SANTIUSTI Revisó	EDWIN JAVIER CUELLAR Aprobó

Bogotá DC., 25 de enero de 2018

Doctor
EDWIN JAVIER CUELLAR CAICEDO
Subdirector de Estadísticas.
Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES

Referencia: Número de planilla 24834430 y 24693751. Pago salud, pensión y ARL.

El ICFES debe la suma de. **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.280.300),** valor que corresponde al primer pago pactado en el contrato de prestación de servicios 34 de 2018.

Por favor consignar el monto total del pago, en la siguiente cuenta:

- Bancolombia
- Cuenta de ahorros: 03348200282

Adicionalmente solicito que este aporte sea tenido en cuenta para obtener el beneficio tributario previsto en las normas legales vigentes.

De conformidad con el Decreto 2217 de 18/06/2009 y el articulo 126-1 del Estatuto Tributario (Modificado L. 488/98, art. 4º.), me permito solicitar la reducción de la base de la retención correspondiente a los pagos obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, valor que se debe aplicar a la factura adjunta, en ejecución del Contrato número 34 de fecha (3/01/2018), celebrado con el ICFES y para tal fin certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponden a los ingresos provenientes del contrato.

Cordialmente,

Adriana P. Corredor

ADRIANA PATRICIA CORREDOR
C.C 1.031.149.285
acorredor@icfes.gov.co

Bogotá D.C., 25 de enero del 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de enero de 2017.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del artículo 383 del Estatuto Tributario para la retención en la fuente como independiente por rentas de trabajo.

Conforme con los decretos 4713 de 2005, 2271 de 2009; la Ley 1819 del 2016 y demás normas concordantes y complementarias, les solicito tener en cuenta las disminuciones de mi base de retención así:

1. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARL - PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo, del mes enero, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

Adriana P. Corredor

Adriana Patricia Corredor Gutiérrez
C.C. 1031149285 de Bogotá

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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				
1	2018	1	2018	N	09/01/2018	24834430	$21.700

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	9.200	0		0		0	0	0	0	9.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	11.700	0	0	0	0	0	0		11.700	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										
14-18	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	400				400	0	0	400			4	400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942-7	400	0	0	400	1

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	9.200	9.200
Pensión	1	11.700	11.700
Riesgos Laborales	1	400	400
CCF	1	400	400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	21.700	21.700

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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				
1	2018	1	2018	N	09/01/2018	24834430	$21.700

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1031149285	CORREDOR GUTIERREZ ADRIANA PATRICIA	59	0			N																	230201	1.712.120	274.000	0	0	0	0	EPS005	1.712.120	214.100	14-18	1.712.120	1	9.000	CCF24	1.712.120	10.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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				
1	2018	1	2018	I	02/01/2018	24693751	$485.700

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	204.900	0		0		0	0	0	0	204.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	262.300	0	0	0	0	0	0		262.300	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										
14-18	Liberty Seguros de Vida	860008645-7	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942-7	9.900	0	0	9.900	1

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	204.900	204.900
Pensión	1	262.300	262.300
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	9.900	9.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	485.700	485.700

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	1031149285	ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ		CALLE 53 B SUR # 33 A 26	4602623	patty1393_corredor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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				
1	2018	1	2018	I	02/01/2018	24693751	$485.700

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	Exonerado	ING	RET	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	1031149285	CORREDOR GUTIERREZ ADRIANA PATRICIA	59	0			N																	230201	1.639.000	262.300	0	0	0	0	EPS005	1.639.000	204.900	14-18	1.639.000	1	8.600	CCF24	1.639.000	9.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Referencia Bancaria

Lunes, 22 de Enero de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ADRIANA PATRICIA CORREDOR GUTIERREZ identificado(a) con CC 1031149285, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	03348200282	2015/09/15	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosseguros@bancolombia.com