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** 23 **Mes** 11 **Año** 2015

Para: TESORERIA

De: PROYECCIÓN SOCIAL - WILSON CANIZALES

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: GUSTAVO SANTANA PEREZ

Documento de Identificación: 6.199.864

No. de Contrato: 1-06-03-319-2015 Valor a pagar: $ 12.000.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogota

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma

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** 23 Mes 10 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: GUSTAVO SANTANA PEREZ

Documento de Identificación: 6.199.864

Tipo de Contrato: SERVICIOS PROFESIONALES **No. de Contrato:** 1-06-03-319-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: **Del** **29-09-2015** **al** **15-10-2015**

1. OBJETO:

Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Director del proyecto Elaboración del Plan Maestro del Deporte y la Recreación y los Planes de Actividad Físicas del Distrito de Santa Marta.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

HASTA EL 24 DE OCTUBRE DE 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES • 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 del contrato. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada. • Dar apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones. • Presentar los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.	50% para las actividades previamente planificadas.

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Informe técnico, asistencia

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: X Pagos Seguridad Social: x

Valor por Ejecutar:	$ 12.000.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogota

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma

ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	**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** 23 **Mes** 11 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	GUSTAVO SANTANA PEREZ
No. Identificación	6.199.864
No. de Contrato:	1-06-03-319-2015
Periodo de ejecución de la actividad:	**Del** 22-09-2015 **al** 08-10-2015

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 mi experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.
- Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones.
- Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada.
- Di apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones.
- Presente los informes requeridos del proyecto.
- Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

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

SI [X] NO [ ]

4. CONTRATISTA:

GUSTAVO SANTANA PEREZ
C.C. 6.199.864
Nombre y No. Documento de Identidad

Gustavo Santana
Firma

COMPRADOR: _____
NIT: _____

999919 recaudo simple 244.000 H
DOCUMENTO : 8843519370
VALOR : 244.000
FECHA DOC.: 20150824
**** TOT 244.000
Efectivo 245.000
CAMBIO 1.000
8/24/15 08:21 0515 02 0035 28541

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

: RECAUDO
CONCEPTO :
RECIBO
VALOR
FECHA
20150824

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-08-24, 08:11:45 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla:
Periodo Cotización: septiembre de 2015 Periodo Servicio: septiembre de 2015 Referencia pago (PIN):

GUARDADA 24/08/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ				
Documento	CC6199864	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4841534		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO	Identificación	CC6199864		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMP
aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportan

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIT	IRP	Días PPL	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja
CC 6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	03	00	X															0	30	30	0	0	PROTECCION (ING = PROTECCION)	$ 856.000	$ 137.000	EPS SURA	$ 856.000	$ 107.000	NINGUNA ARP	$ 0	$ 0	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos	Incapacidades ARP
$ 856.000	$ 856.000	$ 0	$ 0	$ 137.000	$ 0	$ 0	$ 107.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud									
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octub
☐	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-
8888435193700000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-
(415)7709998485884(8020)8843519370(3900)00

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: 361 88 50 - Resto del País
¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-11-24, 03:21:01 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Número Planilla:** 8876827610

Nro Planilla Corregida: 8866841880 **Periodo Cotización:** septiembre de 2015 **Periodo Servicio:** septiembre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8846421800

GUARDADA 24/11/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ				
Documento	CC6199864	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4841534		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	2
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO	Identificación	CC6199864		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al dia habil 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	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	03	00	X							C									0	0	0	0	PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 3.944.000	$ 679.000	EPS SURA	$ 3.944.000	$ 493.000	NINGUNA ARP	$ 0	$ 0	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.172.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 3.944.000	$ 3.944.000	$ 0	$ 0	$ 679.000	$ 24.000	$ 24.000	$ 493.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.172.000	$ 65.800	$ 1.237.800

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888464218000000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8846421800(3900)0000000(96)20991231

* RECAUDO SERVICIOS PUBLICOS *
CONCEPTO : RECAUDO SIMPLE
RECIBO : 8846421800
VALOR : 1237800
FECHA : 20151124
1571172-1538-311-002-0124-72348

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-11-24, 03:23:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8876828000

Periodo Cotización: septiembre de 2015 **Periodo Servicio:** septiembre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8846421930

GUARDADA 24/11/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL		
Documento	CC6199864	Teléfono	4841534		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Ciudad	CALI	Identificación	CC6199864		
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO				

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil 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	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	03	05																	0	0	0	30	0	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	POSITIVA DE SEGUROS	$ 4.800.000	$ 50.100	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 4.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.100	$ 2.800	$ 52.900

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud

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

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888464219300000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8846421930(3900)0000000(96)20991231

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 5

Fecha: **Día** 07 **Mes** 12 **Año** 2015

Para: TESORERIA

De: PROYECCIÓN SOCIAL - WILSON CANIZALES

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: GUSTAVO SANTANA PEREZ

Documento de Identificación: 6.199.864

No. de Contrato: 1-06-03-319-2015 Valor a pagar: $ 12.000.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogota

Firma

ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	**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** 01 **Mes** 12 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	GUSTAVO SANTANA PEREZ
No. Identificación	6.199.864
No. de Contrato:	1-06-03-319-2015
Periodo de ejecución de la actividad:	**Del** **15-10-2015** **al** **24-10-2015**

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 mi experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.
- Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones.
- Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada.
- Di apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones.
- Presente los informes requeridos del proyecto.
- Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

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

SI [X] NO [ ]

4. CONTRATISTA:

GUSTAVO SANTANA PEREZ
C.C. 6.199.864
Nombre y No. Documento de identidad

Gustavo Santana P.
Firma

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** 07 Mes 12 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: GUSTAVO SANTANA PEREZ

Documento de Identificación: 6.199.864

Tipo de Contrato: SERVICIOS PROFESIONALES **No. de Contrato:** 1-06-03-319-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: **Del** **15-10-2015** **al** **24-10-2015**

1. OBJETO:

Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Director del proyecto Elaboración del Plan Maestro del Deporte y la Recreación y los Planes de Actividad Físicas del Distrito de Santa Marta.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

HASTA EL 24 DE OCTUBRE DE 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES • 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 del contrato. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada. • Dar apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada 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, asistencia

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: X Pagos Seguridad Social: x

Valor por Ejecutar:	$ 0

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogota

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma

C O M F A N D I
NIT 890303208-5

COMPRADOR: _____
NIT: _____

999919 RECAUDO SIMPLE 1.260.200 H
DOCUMENTO : 8846829560
VALOR : 1.260.200
FECHA DOC.: 20151202
**** TOT 1.260.200
Efectivo **1.260.200**
12/02/15 16:58 0511 06 0387 75089

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

PAGOSIMPLE | Prefactura

2015-12-02, 04:49:52 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Número Planilla:** 8877776440

8873853890 **Periodo Cotización:** octubre de 2015 **Periodo Servicio:** octubre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8846829560

GUARDADA 02/12/2015

Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL		
Teléfono	4841534		
Forma Presentación	ÚNICO	**Total Afiliados**	2
Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Identificación	CC6199864		

e su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el ... 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	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	03	00								C								0	0	0	0	0	PROTECCION (ING - PROTECCION)	$ 3.944.000	$ 679.000	EPS SURA	$ 3.944.000	$ 493.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 3.944.000	$ 41.200	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.213.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 3.944.000	$ 3.944.000	$ 3.944.000	$ 0	$ 679.000	$ 24.000	$ 24.000	$ 493.000	$ 41.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.213.200	$ 46.100	$ 1.259.300

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888468295600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8846829560(3900)0000000(96)20991231

15/12/02 16:58 511 06 0387 75089
FECHA : 20151202
VALOR : 1260200
REFERENCIA : 8846829560
CONCEPTO : RECAUDO SIMPLE
* RECAUDO SERVICIOS PUBLICOS *

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-10-29, 08:13:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8873853890

Periodo Cotización: octubre de 2015 **Periodo Servicio:** octubre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8843519370

GUARDADA 24/08/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ				
Documento	CC6199864	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4841534		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO	Identificación	CC6199864		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil 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	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	EDM	VAC	LMA	VIP	VTE	IGE	Días APS	Días ERP	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educación	Total
CC 6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	03	00																0	30	30	30	0	PROTECCION (RIG + PROTECCION)	$ 856.000	$ 137.000	EPS SURA	$ 856.000	$ 107.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 856.000	$ 8.900	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 856.000	$ 856.000	$ 856.000	$ 0	$ 137.000	$ 0	$ 0	$ 107.000	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.900	$ 2.800	$ 255.700

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

88884351937000000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfa

(415)7709998485884(8020)8

COMPRADOR:
NIT:
999919 recaudo simple 255.700 H
DOCUMENTO : 8843519370
VALOR : 255.700
FECHA DOC.: 20151029
**** TOT 255.700
Efectivo 260.000
CAMBIO 4.300
10/29/15 08:23 0515 02 0045 99794
PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS