 <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b> INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	<b>AUTORIZACION DE PAGO</b>	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: JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA

Documento de Identificación: 1.130.595.060

No. de Contrato: 1-06-03-314-2015 Valor a pagar: \$ 2.600.000


### 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)* <sup>1</sup>	<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* <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input checked="" type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>

### 3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

WILSON CANIZALES  
C.C. No. 79.297.095 de Bogotá

Firma

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

Fecha    Día    30    Mes    10    Año    2015

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>			
Nombre Contratista:	JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA		
Documento de Identificación:	1.130.595.060		
Tipo de Contrato:	SERVICIOS PROFESIONALES	No. de Contrato:	1-06-03-314-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 10-09-2015	al	10-10-2015

<b>1. OBJETO:</b>
Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Coordinador Auxiliar del proyecto Elaboración del Plan Maestro del Deporte y la Recreación y los Planes de Actividad Físicas del Distrito de Santa Marta.


<b>2. TERMINO DEL CONTRATO:</b>
HASTA EL 24 DE OCTUBRE DE 2015

<b>3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:</b>
--

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<b>ACTIVIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia</li> <li>• 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.</li> <li>• Brindar apoyo en el proceso inscripciones.</li> <li>• Sistematizar la información recopilada.</li> <li>• Preparar las ayudas audiovisuales para las clases.</li> <li>• Atender las necesidades de las personas inscritas en el proyecto.</li> <li>• Contribuir al proceso integral de logística del proyecto y demás que demande el desarrollo del proyecto.</li> <li>• </li> </ul>	50% para las actividades previamente planificadas.

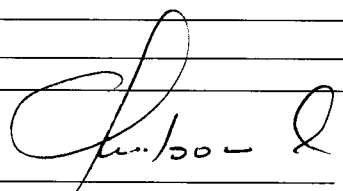
<b>4. PRODUCTOS ENTREGADOS:</b>
Informe técnico, asistencia, registro fotográfico

<b>5. SOPORTE PARA PAGO:</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Seguro Social</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Seguro de Vida</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Seguro de Accidentes</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Seguro de Salud</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div>

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

Valor por Ejecutar:	\$ 2.600.000
---------------------	--------------

<b>7. OBSERVACIONES:</b>

<b>8. SUPERVISOR:</b>	
WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota	 _____ <small>Firma</small>
Nombre y No. Documento de Identidad	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE	ICBF
CC 1130595060		ALEGRÍAS PERLAZA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 56 # 16-58	CALI-VALLE	7010624	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2015-09		8447447519		N	2015/09/11	2015/10/30	BANCO BOGOTA	49	\$121,528

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO					PENSION				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
1	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	(\$644,350)	(\$103,100)	EP9037	30	(\$644,350)
2	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	\$1,040,000	\$166,400	EP9037	30	\$1,040,000
Total					\$395,650	\$63,300			\$395,650
					SALUD				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
1	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	(\$644,350)	(\$80,544)		0	\$0
2	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	\$1,040,000	\$130,000		0	\$0
Total					\$395,650	\$49,456			\$0
					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
1	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	(\$644,350)	(\$6,728)		0	\$0
2	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	\$1,040,000	\$10,900		0	\$0
Total					\$395,650	\$4,172			\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,300	\$2,500	\$0	\$65,800	
COLPENSIONES				1	\$63,300	\$2,500	\$0	\$65,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,172	\$200	\$0	\$4,372	
ARP SUR4 (ANTES SURATEP)				1	\$4,172	\$200	\$0	\$4,372	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,456	\$1,900	\$0	\$51,356	
NUOVA E.P.S.				1	\$49,456	\$1,900	\$0	\$51,356	
TOTAL				1	\$116,928	\$4,600	\$0	\$121,528	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1130595060		ALEGRÍAS PERLAZA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 56 # 16-58	CALI-VALLE	7010624	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
Pensión									
2015-09	8446165606	8446165606		I	2015/09/11	2015/09/02	BANCO BOGOTA	0	\$190,372

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 1130595060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30		\$644,350	EP5037	30		\$644,350		0		\$80,544		\$0	\$0		
						\$103,100				\$0				\$0		\$644,350	\$6,728		
						\$103,100				\$0				\$0		\$644,350	\$6,728		
Total		Afiliados( 1)																	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$103,100	\$0	\$0	\$103,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	1	1	\$103,100	\$0	\$0	\$103,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,728	\$0	\$0	\$6,728
ARP SUR (ANTES SURATEP)	14-28	800,756,161	9	1	\$6,728	\$0	\$0	\$6,728
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$80,544	\$0	\$0	\$80,544
NUOVA EPS	EP5037	900,756,284	2	1	\$80,544	\$0	\$0	\$80,544
TOTAL				1	\$190,372	\$0	\$0	\$190,372

*Manuel*


DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1130959060		ALEGRÍAS PERLAZA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 56 # 16-58	CAJÍ-VALLE	7010624	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2015-09	8447447519	8447447519	N	2015/09/11	2015/10/30	49	\$121,528		

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
1	CC 1130959060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	(\$644,350)	(\$103,100)	EPS037	30	(\$644,350)	(\$30,544)		0		\$0		14-28	30	(\$644,350)		14-28	30	\$0		0		\$0			
2	CC 1130959060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	\$1,040,000	\$166,400	EPS037	30	\$1,040,000	\$130,000		0		\$0		14-28	30	\$1,040,000		14-28	30	\$0		0		\$0			
Total Afiliados( 2)					\$395,650	\$63,300			\$395,650	\$49,456				\$0				\$395,650				\$4,172				\$0			

## RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,300	\$2,500	\$0	\$65,800
COLPENSIONES				1	\$63,300	\$2,500	\$0	\$65,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,172	\$200	\$0	\$4,372
ARP SUR (ANTES SURATEP)				1	\$4,172	\$200	\$0	\$4,372
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,456	\$1,900	\$0	\$51,356
NUOVA E				1	\$49,456	\$1,900	\$0	\$51,356
<b>TOTAL</b>				1	\$116,928	\$4,600	\$0	\$121,528

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

Fecha: Día  Mes  Año

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: JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA

Documento de Identificación: 1.130.595.060

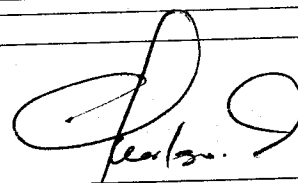
No. de Contrato: 1-06-03-314-2015 Valor a pagar: \$ 2.600.000


**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)* <sup>1</sup>	<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* <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input checked="" type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>

**3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:**

WILSON CANIZALES  
70 007 005 de Bogotá



 <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b> INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	<b>INFORME DE SUPERVISION</b>	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:

<b>Nombre Contratista:</b>	<input type="text" value="JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA"/>		
<b>Documento de Identificación:</b>	<input type="text" value="1.130.595.060"/>		
<b>Tipo de Contrato:</b>	<input type="text" value="SERVICIOS PROFESIONALES"/>	<b>No. de Contrato:</b>	<input type="text" value="1-06-03-314-2015"/>
<b>Periodo evaluado y/o supervisado:</b>	Del <input type="text" value="11-10-2015"/>	al	<input type="text" value="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 Coordinador Auxiliar 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 (%)
<b>ACTIVIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia</li> <li>• 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.</li> <li>• Brindar apoyo en el proceso inscripciones.</li> <li>• Sistematizar la información recopilada.</li> <li>• Preparar las ayudas audiovisuales para las clases.</li> <li>• Atender las necesidades de las personas inscritas en el proyecto.</li> <li>• Contribuir al proceso integral de logística del proyecto y demás que demande el desarrollo del proyecto.</li> <li>• </li> </ul>	100% para las actividades previamente planificadas.

### 4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Informe técnico, asistencia, registro fotográfico

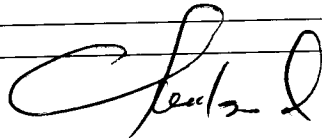
### 5. SOPORTE PARA PAGO:




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

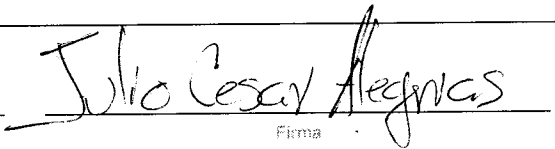
Valor por Ejecutar:	\$ 0
---------------------	------

<b>7. OBSERVACIONES:</b>

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

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

Fecha de elaboración del informe: Día  Mes  Año

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>		
Nombre Contratista:	<input type="text" value="JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA"/>	
No. Identificación	<input type="text" value="1.130.595.060"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-314-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="10-10-2015"/>	al <input type="text" value="24-10-2015"/>
<b>2. INFORME DE ACTIVIDADES</b> (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preste los servicios con responsabilidad y eficiencia</li> <li>• Puse al servicio de la institución Universitaria Escuela Nacional del deporte toda mi experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.</li> <li>• Brinde apoyo en el proceso inscripciones.</li> <li>• Sistematice la información recopilada.</li> <li>• Prepare las ayudas audiovisuales para las clases.</li> <li>• Atendí las necesidades de las personas inscritas en el proyecto.</li> <li>• Contribuí al proceso integral de logística del proyecto y demás que demande el desarrollo del proyecto.</li> </ul>		
<b>3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:</b>		
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>4. CONTRATISTA:</b>		
JULIO CESAR ALEGRÍAS PERLAZA C.C. 1.130.595.060 <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>		 <small>Firma</small>

## Resumen General de Pago

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF
CC 113095060		ALEGRIAS PERLAZA JULIO CÉSAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 56 # 16-58	CAJ-VALLÉ	7010624	No

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	N
2015-10	8448379134	8448379134	N	2015/10/14	2015/11/26
				BANCO EDOOTIA	Banco
				Dias Mora	43
					\$353,028

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
1	CC 113095060	ALEGRIAS JULIO	25-14	30		(\$644,350)		EP5037	30	(\$644,350)		0		\$0	14-28	30	(\$644,350)	(\$6,726)	0		\$0	\$0	
2	CC 113095060	ALEGRIAS JULIO	25-14	30		\$1,800,000		EP5037	30	\$1,800,000		0		\$0	14-28	30	\$1,800,000	\$18,800	0		\$0	\$0	
Total			Afiliados( 2)			\$1,155,650				\$144,456				\$0			\$1,155,650	\$12,072			\$0	\$0	

### RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NTI	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$184,900	\$6,300	\$0	\$191,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$184,900	\$6,300	\$0	\$191,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,072	\$400	\$0	\$12,472
ARP SURA	1-25	800,258,161	9	1	\$12,072	\$400	\$0	\$12,472
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$144,456	\$4,900	\$0	\$149,356
NUOVA E.P	EP5037	900,156,726	2	1	\$144,456	\$4,900	\$0	\$149,356
TOTAL				1	\$341,428	\$11,600	\$0	\$353,028

**PAGADO**

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento
CC 113095060		ALEGRIAS PERUZA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CABEREA Ss # 16-58	CALUYALLE
						7010624
						No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago
2015-10	8446950781	1	2015/10/14	2015/10/06	BANCO BOGOTA	Dias Mora 0
						Valor \$190,372

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																											
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte						
1	CC 113095060	ALEGRÍAS JULIO	25-14	30	\$644,350	\$103,100	EP3037	30	\$644,350	\$80,544	0	\$0	\$0	\$0	14-28	30	\$644,350	\$6,728	0	\$0	\$0						
Total		Afilados (1)			\$644,350	\$103,100			\$644,350	\$80,544			\$0	\$0			\$644,350	\$6,728			\$0						

RESUMEN DE PAGO										VALOR A PAGAR	
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES				
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$103,100	\$0	\$0			\$103,100	
COLPENSIONES				1	\$6,728	\$0	\$0			\$6,728	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$80,544	\$0	\$0			\$80,544	
AFP SURTA (ANTES SURATEP)				1	\$80,544	\$0	\$0			\$80,544	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$80,544	\$0	\$0			\$80,544	
NUEVA E.P.S.				1	\$80,544	\$0	\$0			\$80,544	
TOTAL				1	\$190,372	\$0	\$0			\$190,372	

# Recaudo en Línea

Banco de Occidente Nit. 890.300.279 - 4

20386248

Ciudad	Col	Día	Mes	Año
Nombre Cuenta o Beneficiario	FUNDACION INDEPENDIENTE			
Código de Recaudo				

Cod. Bco.	No. Cta. del Cheque	Valor
1		
2		
3		
4		

Nombre del Pagador	Oscar Fernandez
Referencia 1 o Nit. / C.C.	21613103773
Referencia 2 o Placa Vehículo	

Teléfono	3155913165
Número de Cheques	
Tarjeta Cod. de Barras	

Cta. o	092005958
Producto	
Total Efectivo	\$ 276.000
Total Cheques	\$
Total Tarjeta Crédito/Débito	\$
Total Consignación	\$ 276.000
Facturas / Otras Referencias	
Valor	
Total	\$

Ver instrucciones al Respaldo

Mod. Ene 2014

El valor limitado corresponde a la suma total indicada por el depositante en el original de este comprobante. En caso de no coincidir, con el valor de este comprobante, en el momento de la verificación, se deberá considerar el valor menor. El valor de este comprobante no podrá ser utilizado para el pago de otros cheques. En consecuencia, el depositante es responsable de la verificación de los datos antes de la emisión. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante.

Pagador

# Recaudo en Línea

Banco de Occidente Nit. 890.300.279 - 4

20386249

Ciudad	Col	Día	Mes	Año
Nombre Cuenta o Beneficiario	FUNDACION INDEPENDIENTE			
Código de Recaudo				

Cod. Bco.	No. Cta. del Cheque	Valor
1		
2		
3		
4		

Nombre del Pagador	Oscar Fernandez
Referencia 1 o Nit. / C.C.	21613103773
Referencia 2 o Placa Vehículo	

Teléfono	3155913165
Número de Cheques	
Tarjeta Cod. de Barras	

Cta. o	092005958
Producto	
Total Efectivo	\$ 276.000
Total Cheques	\$
Total Tarjeta Crédito/Débito	\$
Total Consignación	\$ 276.000
Facturas / Otras Referencias	
Valor	
Total	\$

Ver instrucciones al Respaldo

Mod. Ene 2014

El valor limitado corresponde a la suma total indicada por el depositante en el original de este comprobante. En caso de no coincidir, con el valor de este comprobante, en el momento de la verificación, se deberá considerar el valor menor. El valor de este comprobante no podrá ser utilizado para el pago de otros cheques. En consecuencia, el depositante es responsable de la verificación de los datos antes de la emisión. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante. Si se detecta alguna inconsistencia, el Banco de Occidente se reserva el derecho de cancelar el comprobante.

Pagador