Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión Financiera
Subproceso Gestión Contable
REQUISITOS PARA PAGO

SECOP I		
SECOPII	X	
CPS	SI	NO

CONTRATO N° 237

Todos los documentos deben ser originales, con excepción de los requisitos que indicancopia.					
ITEM	REQUISITO	CUMPLE			
		CPS		OTROS	
		SI	NO	SI	NO
1	Certificado de cumplimiento de requisitos para pago	N/A	N/A		
2	Cuenta de Cobro o factura	X			
3	Copia Certificación Bancaria. (**Primer pago o si ha cambiado**)		X		
4	Copia Contrato / Copia Adiciones / Copia Modificaciones (***Nota1**) **(Primer pago)**		X		
5	Copia Registro presupuestal **(*Nota 1) (Primer pago)**		X		
6	Copia informe de Contratista y Supervisor **(*Nota 3)**	X			
7	Copia de Plan de Inversión / Acta de Terminación /Acta de Liquidación **(**Nota 2) (Ultimo pago)**		X		
8	Copia Acta de recibo Parcial o Final para contrato de obra	N/A	N/A		
9	Copia Entrada de Almacén Municipal Contrato de Suministro,Compraventa de Bienes (Inmuebles, Muebles)	N/A	N/A		
10	Copia del Rut actualizado	X			
11	Copia del certificado de la Cámara de Comercio, para aquellaspersonas Naturales o Jurídicas	N/A	N/A		
12	Certificación Declarante o No Declarante de Renta	X			
13	Planilla de Seguridad Social	X			
14	Acta de Inicio **(Primer pago)**		X		
15	Pantallazo como evidencia de información ingresada en el SECOP II	X			
***Nota 1**	**En caso de existir adiciones y/o modificaciones contractuales, deberá adjuntarsecopia respectiva**				
****Nota 2**	**Anticipos:** Adjuntar Plan de Inversión Aprobado **Pago Final**: Acta de Terminación y/o Acta de Liquidación				
****Nota 3**	**Para cuentas de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión o de arrendamientos, utilizar formato único 1010-F-GCT-151**				

Edgar Gustavo Lopez Lopez

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REVISÓ EN LA SECRETARÍA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REVISÓ EN CONTABILIDAD

Municipio de Villavicencio

CUENTA DE COBRO N. 06– 2022

Contrato N. 237 de 2022 – Municipio de Villavicencio

Villavicencio – Meta, 08 de agosto de 2022

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
NIT. 892.099.324 – 3

DEBE A:
ANYI LORENA SOLORZANO
C.C. 1119892225 de CUMARAL - META

LA SUMA DE:
$ 2.400.000 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE)

Por concepto de "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA SECRETARÍA DE GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA" en el periodo comprendido entre el 21 de junio de 2022 al 20 de julio de 2022.

Favor hacer pago a la siguiente cuenta:

Banco: BANCOLOMBIA
Tipo de cuenta: Ahorro a la mano
N. de cuenta: 03112378952
Nombre del titular: ANYI LORENA SOLORZANO HERNANDEZ

Firma

Dirección: CRA 13 A ESTE # 30-60
Teléfono: 3112378952
Correo E: a.lore.h@hotmail.com

1. 0DATOS GENERALES

FECHA DEL INFORME:	08/08/2022
PERIODO DEL INFORME:	DESDE: 21/06/2022 HASTA: 20/07/2022

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

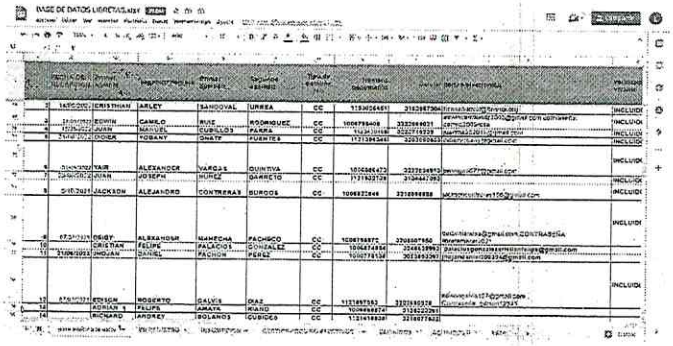
No. Y FECHA DEL CONTRATO	237 DEL 20 DE ENERO DE 2022(SECOP II CD-352-2022)		
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ Ó SECOP II ____X____		
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANYI LORENA SOLORZANO HERNANDEZ		
No. DE IDENTIFICACIÓN	1.119.892.225 DE CUMARAL META		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA SECRETARÍA DE GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDGAR GUSTAVO LÓPEZ LÓPEZ DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS CC: 17.336.667		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	20 DE ENERO DE 2022		
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MDA/CTE ($14.400.000)		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	SEIS (6) MESES		
FECHA DE INICIO:	21/01/2022		
FECHA DE TERMINACIÓN:	20/07/2022		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	SI O NO	FECHA:	DD/MM/AAAA
VALOR DE LA (S) ADICIÓN(ES):	$_____ Ó N. A.	FECHA:	DD/MM/AAAA
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	$		
PRORROGAS:	____MESES Y/O DÍAS	FECHA:	DD/MM/AAAA
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)			
SUSPENSIONES:	FECHA: DD/MM/AAAA		
REINICIOS:	FECHA DD/MM/AAAA		
OTRAS MODIFICACIONES:	FECHA DD/MM/AAAA DESCRIPCIÓN: _____		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	DD/MM/AAAA		

3. INFORME DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD No. 01

Apoyar y orientar a los jóvenes víctimas del conflicto armado para definir su situación para definir su situación militar que se dirigen de forma virtual o presencial al Centro Regional de Atención a Víctimas (CRAV) y la Dirección de Atención Integral a Víctimas, teniendo en cuenta el enfoque diferencial para esta población.

Apoyé y orienté a veinticuatro (24) jóvenes víctimas del conflicto armado para definir situación militar; los cuales se dirigieron de forma virtual o presencial al Centro Regional de Atención a Víctimas (CRAV) y/o a la Dirección de Atención Integral a Víctimas. Lo anterior a través del formulario Google https://bit.ly/3ksRusp. Igualmente, apoyé el diligenciamiento del formulario en el portal web www.libretamilitar.mil.co a 15 víctimas del conflicto armado que solicitaron apoyo diligenciando el formulario Google dispuesto para tal fin, y a su vez la contratista remitió 14 solicitudes al enlace de la Unidad para las Víctimas de conformidad con la ruta de definición de la situación militar al correo margoth.galindo@unidadvictimas.gov.co



ACTIVIDAD No. 02

Apoyar la realización del agendamiento de las declaraciones de hechos victimizantes que sean notificadas en el centro regional de atención a víctimas a través de la dirección de víctimas u entidades que hagan presencia en el CRAV, programación que se realizara según los acuerdos entre ministerio público y la coordinación del CRAV y realizando registro virtual para el control de la agenda.

durante el periodo comprendido entre el 21-05-2022 y 20-06- 2022, setenta y cinco (75) solicitudes que se allegaron de forma virtual o presencial de las declaraciones de hechos victimizantes del conflicto armado, de personas que se consideren víctimas de acuerdo al artículo 3 de la ley 1448 del 2011 y coordiné con las entidades del ministerio público para su atención oportuna, la realización de setenta y cinco (75) citas respectivamente.

* Anexó evidencias a través del siguiente enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1o6p4w0 9wn3ZuYaGrYw- EnyhTniaTFLyd/edit#gid=746357771

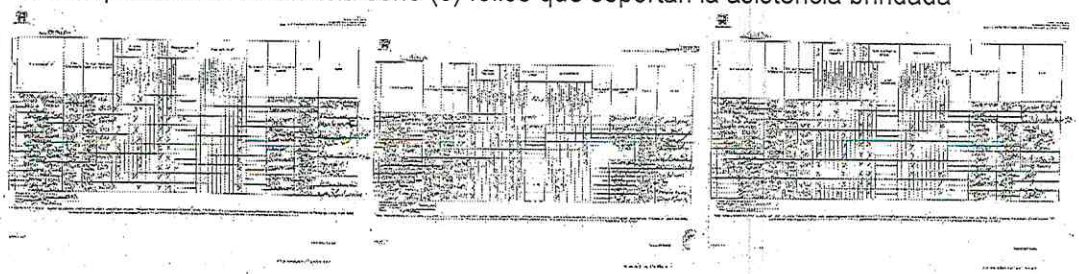


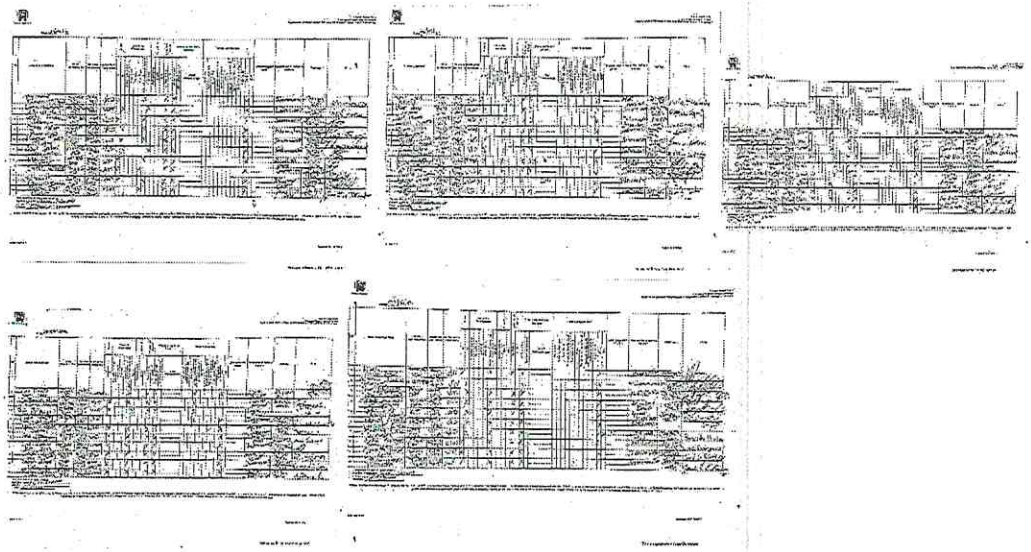
ACTIVIDAD No. 03

Orientar a la población victima que solicita atención en la estrategia Centro Regional de Atención a víctimas CRAV de acuerdo con la oferta existente esta orientación puede ser presencial y no presencial (virtual o telefónica, dentro de las instalaciones del CRAV, la secretaria de gestión social o donde sea asignado) y debe estar marcada en enfoque diferencial y de derechos siendo oportunos en la orientación dignificando la condición humana de las víctimas.

Durante el periodo comprendido entre el 21-06-2022 y 20-07-2022 se realizó orientación a ochenta (80) víctimas en el Centro Regional de Atención a Víctimas referente a la oferta institucional existente. Orientación realizada en el marco del enfoque diferencial y de derechos siendo oportunos en la orientación dignificando la condición humana de las víctimas.
Referenció la siguiente caracterización, resultado de la orientación:
1.Situación de la población:
- Madre o padre cabeza de hogar: 51
-Ninguno:21
- adulto mayor: 8
- En condición de discapacidad: 0
2. Genero
- Masculino: 54
- Femenino: 26
3. Orientación Sexual
-LGTBI: 0
- Heterosexual: 80
4.Víctima Del Conflicto Armado
- Desplazamiento: 76
Otro hecho victimizante: 4

* anexo planillas de asistencia ocho (8) folios que soportan la asistencia brindada



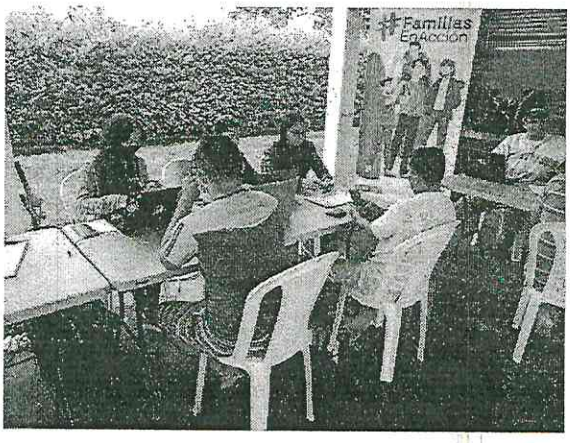


ACTIVIDAD No. 04

Apoyar y acompañar los diferentes requerimientos, actividades y acciones que busquen el cumplimiento de la política pública de las víctimas del conflicto armado de la Dirección de Atención Integral a Victimas

Durante el periodo comprendido entre el 21-05-2022 y 20-06-2022 realicé las siguientes actividades:

SOCIAL AL BARRIO
El día 23 de junio de 2022 apoyé en la orientación y atención de población victima del conflicto armado en el barrio la Madrid etapa 3



ACTIVIDAD No. 05

Asistir a las reuniones que sean delegadas, preparar informes, oficios, actas, documentos de la dirección de atención integral a víctimas y/o la secretaria de gestión social y participación ciudadana.

1. Asistí a la reunión programada por el director de atención integral a victimas Edgar gustavo López el día 15 de julio de 2022



CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Como contratista del Municipio de Villavicencio, declaro que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del presente periodo llevadas a cabo con responsabilidad, diligencia y acatando las normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para este tipo de contrato, en el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental; además, di cumplimiento a lo estipulado en la norma y certifico bajo la gravedad de juramento que realicé los pagos correspondientes y en debida forma de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social correspondientes, con los ingresos provenientes del contrato que se relaciona en numeral 2 del presente informe.

ANYI LORENA SOLORZANO HERNANDEZ
1119892225

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del 21/01/2022, se me designó como SUPERVISOR del contrato arriba relacionado, me permito verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales en atención a los artículos 83, 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011, y de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión vigente.

4.1 INFORMACIÓN PRESUPUESTAL.

Número Registro Presupuestal (RP)	Fecha RP	Identificación presupuestal: (rubro)	Concepto	Valor total RP
221	20/01/2022	0401-23,41.01.1500.002-02	Implementación de seguimientos a los derechos restablecidos con medidas de reparación integral en el municipio de Villavicencio	14.400.000
VALOR TOTAL				14.400.000

4.2 BALANCE FINANCIERO. El siguiente es el balance financiero de ejecución contractual, corresponde al PAGO **N°. 6 de 8**

	Concepto	Valor
a	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	19.200.000
b	VALORES PAGADOS	12.000.000
c	**VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME (incluir IVA si aplica)**	**2.400.000**
d	SALDO PENDIENTE POR PAGAR	4.800.000
e	Saldo a favor del municipio (en el último periodo de cobro)	N.A
f	Valor total a liberar del RP (en el último periodo de cobro)	N.A.

4.3 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: Certifico que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo, así:

Mes Cotizado	Fecha de Pago	Número de Planilla	IBC* (base de cotización que cita la planilla de aportes)	Valor pagado en SALUD*	Valor pagado en PENSIÓN*	Valor pagado en ARL*
JUNIO	28/07/2022	157411284	1.000.000	125.000	160.000	5.300

***Se verifica que el valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios de salud, pensión y Fondos de Seguridad Pensional están calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales.**

Nota. Si el contratista no está obligado a aportar a pensión hacer la observación, si es pensionado indicar el número de resolución correspondiente y anexar copia del documento.

4.4 CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución (la información completa de la ejecución debe reposar en el expediente contractual, si aplica, anexar CD con la información).

4.5 CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:

Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

Sistema de Gestión aplicable	Requisito	Cumplió / No Cumplió
Calidad	Usó la documentación vigente establecida aplicable el desarrollo de las obligaciones contractuales.	CUMPLIO
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	CUMPLIO
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	CUMPLIO
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	CUMPLIO
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	CUMPLIO
Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	CUMPLIO
	Se garantizó la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	CUMPLIO
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	CUMPLIO

NOTA: Se puede modificar esta información acorde a los requerimientos de cada contrato sin necesidad de actualización del formato, también puede ampliar el detalle de la evaluación.

4.6 EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
BUENA	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
REGULAR	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
NO CUMPLE	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL CONTRATISTA	CALIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO (Oportunidad en la entrega de los productos o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	EXCELENTE
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	BUENA
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	EXCELENTE
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	BUENA

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios No. 237 de 2022 certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe que corresponde al PAGO **N°. 04**, así mismo, las relativas al pago de seguridad social integral y a los principios de transparencia propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP del presente informe y demás documentos aprobados, razón por la cual se autoriza el pago por el valor de $ 2.400.000

EDGAR GUSTAVO LÓPEZ LÓPEZ
Supervisor
Director de Atención Integral a Victimas
Cel.: 314 368 6529

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad socia

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14537878774

(415)7707212489984(8020) 000001453787877 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 9 8 9 2 2 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 9 8 9 2 2 2 5	2 0 1 3 1 2 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Cumaral 2 2 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOLORZANO	HERNANDEZ	ANYI	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CL 42 34 47 BRR EL TRIUNFO

42. Correo electrónico: a.lore.h@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 4 5 0 9 2 7 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 6 0 1 0 4	8 2 1 1	2 0 1 6 0 1 0 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 24

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Municipio de Villavicencio

Villavicencio, 08 de agosto de 2022.

Yo, ANYI LORENA SOLORZANO HERNANDEZ identificada con cédula de ciudadanía No.- 1.119.892.225 de Cumaral - Meta, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 103 y 383 del Estatuto Tributario, manifiesto expresamente y solo para fines tributarios bajo gravedad de juramento lo siguiente:

1.- Soy personal natural, residente en Colombia	[X] SI	[ ] NO
2.- Tengo dos (2) o más empleados o contratistas vinculados con esta actividad	[ ] SI	[X] NO
3.- Soy declarante sobre el Impuesto sobre la renta	[ ] SI	[X] NO
4- Mis ingresos totales anuales superan los 1.200 UVT, equivalente a $45.604.800.	[ ] SI	[X] NO
5-Tengo dependientes económicos.	[ ] SI	[X] NO

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA: _____

C.C. No. 1.119.892.225 de Cumaral - Meta

CELULAR: 3112378952

DEPENDENCIA: DIRECCION DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA SECRETARÍA DE GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-04, 05:33:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1047743090

Periodo Cotización: junio de 2022 **Periodo Servicio:** junio de 2022

PAGADO 28/07/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PERSONA NATURAL		
Documento	CC1119892225	**Dirección**	CR 13A #30 - 56 BARRIO EL RODEO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	00000000
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1119892225	ANYI LORENA GOLORZANO HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.000.000	$ 125.000	0,522	$ 1.000.000	$ 5.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC_Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.300	$ 0	$ 200.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-07-28, 02:59:16 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2022
Empresa	PERSONA NATURAL
CEDULA CIUDADANIA	CC 1119892225
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1047743090
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1574111284
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 290.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 125.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 5.300	$ 0
		SubTotales:		$ 290.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 290.300

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.