ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA	PÁGINA 1 de 1	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

4-25

05

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2565/2022	
OBJETO CONTRACTUAL	Prestar servicios como profesional en ciencias de la información bibliotecología documentación y archivística dentro de los procesos y procedimientos de Gestión Documental							
CONTRATISTA	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA					CÉDULA O NIT	1.071.838.446	
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A					CÉDULA O NIT	N/A	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	8	NOVIEMBRE	2022	22	MARZO	2023	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ NO RESPONSABLE DE IVA		☐ RESPONSABLE DE IVA			☐ OTRO		
	☐ GRAN CONTRIBUYENTE		☐ AUTORRETENEDOR			☐ N.A		

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	$ 11.025.000				$ 5.512.500	
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A				N/A	
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	4791	FECHA	4/11/2022	NUMERO: 5146 FECHA: 16/12/2022	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	62120202009019111				62120202009019111	
CONCEPTO DEL RUBRO	Otros servicios de la administración pública n.c.p				Otros servicios de la administración pública n.c.p	
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 857.500					

NÚMERO DEL PAGO	4	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 7 DE FEBRERO
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	11.025.000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	MARZO
SALDO DEL CONTRATO $	5.512.500	**VALOR:**	**$ 857.500**
FACTURAS No.	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☑ SÍ ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO
FORMA DE PAGO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS. MCTE ($3675000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
TOTAL		**0,0%**	**0**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
61201	4102 03	Gestion Documental	$ 857.500

* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE

** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA NIT: 860011153	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	235.200	FAMISANAR	183.800	15.400	Si:___ No: X		

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el dia 1 del mes de MARZO del año 2023

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: ALEJANDRA GUZMAN ARENAS	NOMBRE: PAOLA ALEXANDRA FRAGOZO RODELO
C.C.: 1032397172 TELF: 3779997 EXT: 1040	C.C.: 52157173 TELF: 3779997
CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVA CODIGO 039 GRADO 01	CARGO O No. DE CONTRATO: 0144 DE 2023

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA	PÁGINA	1 de 1 — 1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2565/2022	
OBJETO CONTRACTUAL	Prestar servicios como profesional en ciencias de la información bibliotecología documentación y archivística dentro de los procesos y procedimientos de Gestión Documental							
CONTRATISTA	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA					CÉDULA O NIT	1.071.838.446	
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A					CÉDULA O NIT	N/A	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	8	NOVIEMBRE	2022	22	MARZO	2023	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ RESPONSABLE DE IVA ☐ OTRO ☐ GRAN CONTRIBUYENTE ☐ AUTORRETENEDOR ☐ N.A							

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	$ 11.025.000				$ 5.512.500	
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A				N/A	
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	4791	FECHA	4/11/2022	NUMERO: 5146 FECHA: 16/12/2022	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	62120202009019111				62120202009019111	
CONCEPTO DEL RUBRO	Otros servicios de la administración pública n.c.p				Otros servicios de la administración pública n.c.p	
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 0				$ 2.817.500	

NÚMERO DEL PAGO	5	PERIODO DEL PAGO:	MES DE FEBRERO APARTIR DEL 8
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	13.842.500	PAC PROGRAMADO PARA:	MARZO
SALDO DEL CONTRATO $	2.695.000	VALOR:	$ 2.817.500
FACTURAS No.	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☑ SÍ ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO
FORMA DE PAGO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS. MCTE ($3675000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del período correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
TOTAL		0,0%	0

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
61201	4102 03	Gestion Documental	$ 2.817.500

* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA NIT: 860011153	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	235.200	FAMISANAR	183.800	15.400	Sí: ___ No: X		

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 1 del mes de MARZO del año 2023

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: ALEJANDRA GUZMAN ARENAS	NOMBRE: PAOLA ALEXANDRA FRAGOZO RODELO
C.C.: 1032397172 TELF: 3779997 EXT: 1040	C.C.: 52157173 TELF: 3779997
CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVA CODIGO 039 GRADO 01	CARGO O No. DE CONTRATO: 0144 DE 2023

CONTRATO No. 2565/2022
INFORME No. 4 Y 5
PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO 2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA
SUPERVISOR DEL CONTRATO: ALEJANDRA GUZMÁN ARENAS

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Apoyar el proceso de elaboración, actualización, implementación y divulgación de las TRD del IDIPRON.	Seda cumplimiento a esta actividad con el acompañamiento a visitas de seguimiento y la realización las encuestas para la realización de las tablas de retención de la sede calle 63	Planilla de asistencia a la reunión
2	Aplicar los Instrumentos Archivísticos contemplados en el Decreto 1080 de 2015 en el Artículo 2.8.2.5.8 4. Implementación y aplicación de la Tabla de Retención Documental -TRD y Cuadro de Clasificación Documental-CCD fase de aplicación, convalidación y adopción 2014-2016 Y 2016 a la fecha	Seda cumplimiento a esta actividad con el acompañamiento a visitas de seguimiento y la realización las encuestas para la realización de las tablas de retención de la sede calle 63, asistencia a la reunión sobre el tema de la UPI Liberia	Planilla de asistencia a la reunión y actas realizadas
3	Realizar valoración, inspección, asesoría y asistencia técnica a las unidades de protección integral, áreas de derecho y unidades administrativas de IDIPRON en la realización de actividades encaminadas al manejo y administración documental de los archivos de Gestión.	Seda cumplimiento a esta actividad con el acompañamiento a visitas de seguimiento y la realización las encuestas para la realización de las tablas de retención de la sede calle 63, asistencia a la reunión sobre el tema de la UPI Liberia	Planilla de asistencia a la reunión y actas realizadas
4	Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el quehacer productivo de los colaboradores del Área.	Seda cumplimiento a esta actividad con el acompañamiento a visitas de seguimiento y la realización las encuestas para la realización de las tablas de retención de la sede calle 63, asistencia a la reunión sobre el tema de la UPI Liberia	Planilla de asistencia a la reunión y actas realizadas
5	Apoyar los procesos detransferencias documentales primarias acorde con las tablas de retención documental (TRD) y las tablas de valoración documental (TVD)	No se realizan actividades relacionadas con esta obligación debido a que el cronograma de transferencias inicia en el segundo semestre del año en vigencia. Se adelantas actividades encaminadas a seguimiento de archivos y, recolección del archivo de gestión y misional del al UPI Liberia teniendo en cuenta el cierre de esta unidad.	Planilla de asistencia a la reunión y actas realizadas
6	Realizar capacitaciones al personal contratista y de planta del IDIPRON	Se da cumplimiento a esta actividad con capacitación a los funcionarios del área de convenios.	Planilla de asistencia a la reunión y actas realizadas
7	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor.	Se da cumplimiento a esta actividad con el acompañamiento a reuniones citadas por el coordinador actualización del documento	Listado de asistencia a la capacitación

		002 ADMINISTRACIÓN DE LAS COMUNICACIONES OFICIALES A-GDO-PR-002	
8	El contratista se obliga con el IDIPRON a realizar entrega de un informe final de todas las actividades realizadas durante la ejecución del contrato, previa aprobación del supervisor	N/A	N/A

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	183.800	ENERO/2023
PENSIÓN	235.200	ENERO/2023
ARP	15.400	ENERO/2023

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE MARZO DE 2023

ALEJANDRA GUZMAN ARENAS **GERENTE ADMINISTRATIVA** **CÓDIGO 039 GRADO 01**	**EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA** **C.C. 1071738446** **CONTRATO No. 2565 DE 2022**

Nombre apoyo a la Supervisión: Paola Alexandra Fragozo Rodelo

Cargo: Líder Gestión Documental

Vo Bo Apoyo a la supervisión Indicar si aplica y diligenciar el campo

Anexo:

*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.

*Certificación Pagos Seguridad Social

*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

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	1071838446	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA	carrera 48#174b-67	3118552124	edwinnova022@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	17/02/2023	65190751	$438.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	183.800	0		0		0	7	1.600	0	185.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	235.200	0	0	0	0	7	2.000	0	237.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.400				15.400	7	200	15.600			154	15.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	183.800	185.400
Pensión	1	235.200	237.200
Riesgos Laborales	1	15.400	15.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.400	438.200

Este documento esta 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	1071838446	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA	carrera 48#174b-67	3118552124	edwinnova022@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	17/02/2023	65190751	$438.200	

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	Estudiante	Reg	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Rts	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1071838446	HERNANDEZ NOVA EDWIN URIEL	57	0			N																	230301	1.470.000	235.200	0	0	0	0	EPS017	1.470.000	183.800	14-23	1.470.000	2	15.400		0	0	0	0	0	0	0	

AGAIN

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

Edwin Hernández - Enero / 2023

Descripción

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Referencia de pago

1923687948

Precio

$438,200

Número de referencia 1

200.69.101.163

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1071838446

Entendido