INFOTEP Archipiélago	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**CÓDIGO: PA-GLAF-REG-032**

INFORME No	**1**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

ORDEN CONTRACTUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No		162		**Año**	2024
CONTRATISTA	OULALIA WRIGHT SANCHEZ			**ID**	40.986.721
OBJETO	Contratación de servicios para desarrollar las actividades para la promoción y apropiación de la cultura raizal en el marco de las conferencias y actividades lúdicas, literarias y culturales en el día de la emancipación.				
PLAZO	**Fecha inicio**	Agosto 2 /2024	**Fecha Terminación**		Agosto 2/ 2024
PERIODO DEL INFORME	**Desde**	Agosto 2/ 2024	**Hasta**		Agosto 2/2024

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS

Ítem	ACTIVIDAD	FECHA
1	Coordinación y suministro de alimentos para la conmemoración del día de la emancipación	Agosto 2/2024
2	Distribución de alimentos y bebidas en el evento del ciclo de conferencias de la	Agosto 2/2024

3. PRODUCTOS ENTREGADOS

Ítem	PRODUCTO	MEDIO DE ENTREGA	
		FÍSICO	DIGITAL
1	200 platos de comida típica debidamente servidos y empacados	x	
2	200 bebidas de sorrel debidamente servidas y entregadas	X	
3	200 postres debidamente servidos y entregados	X	
4			

4. COMPROMISOS

Ítem	COMPROMISO	RESPONSABLE
1		
2		
3		
4		
5		

5. REGISTRO FOTOGRÁFICO Y OTRAS EVIDENCIAS

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día 13 del mes agosto del año 2024.

Oulalia Wright Sanchez

Contratista
Nombre: Oulalia Wright Sanchez

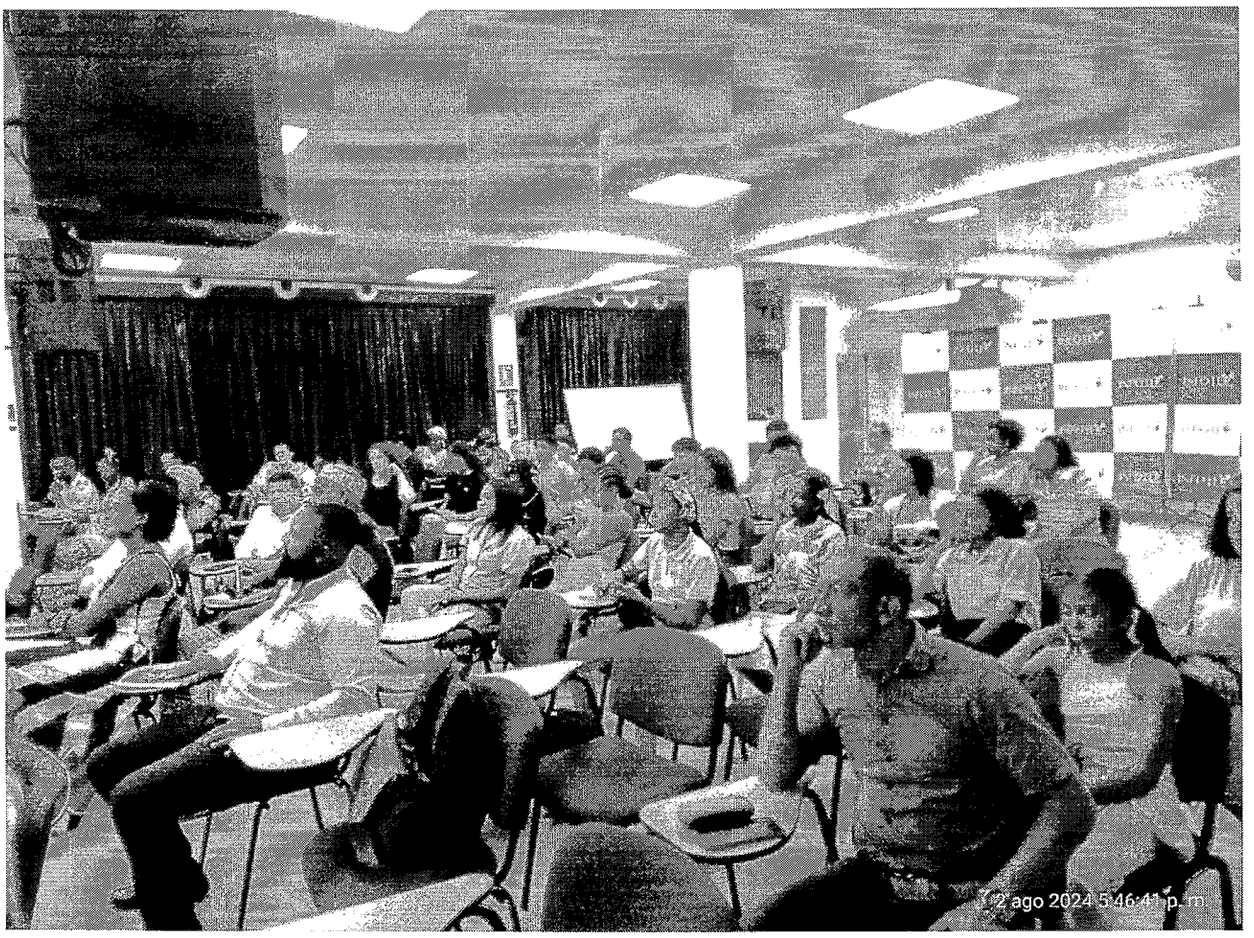
Emelino O'neill Pérez.

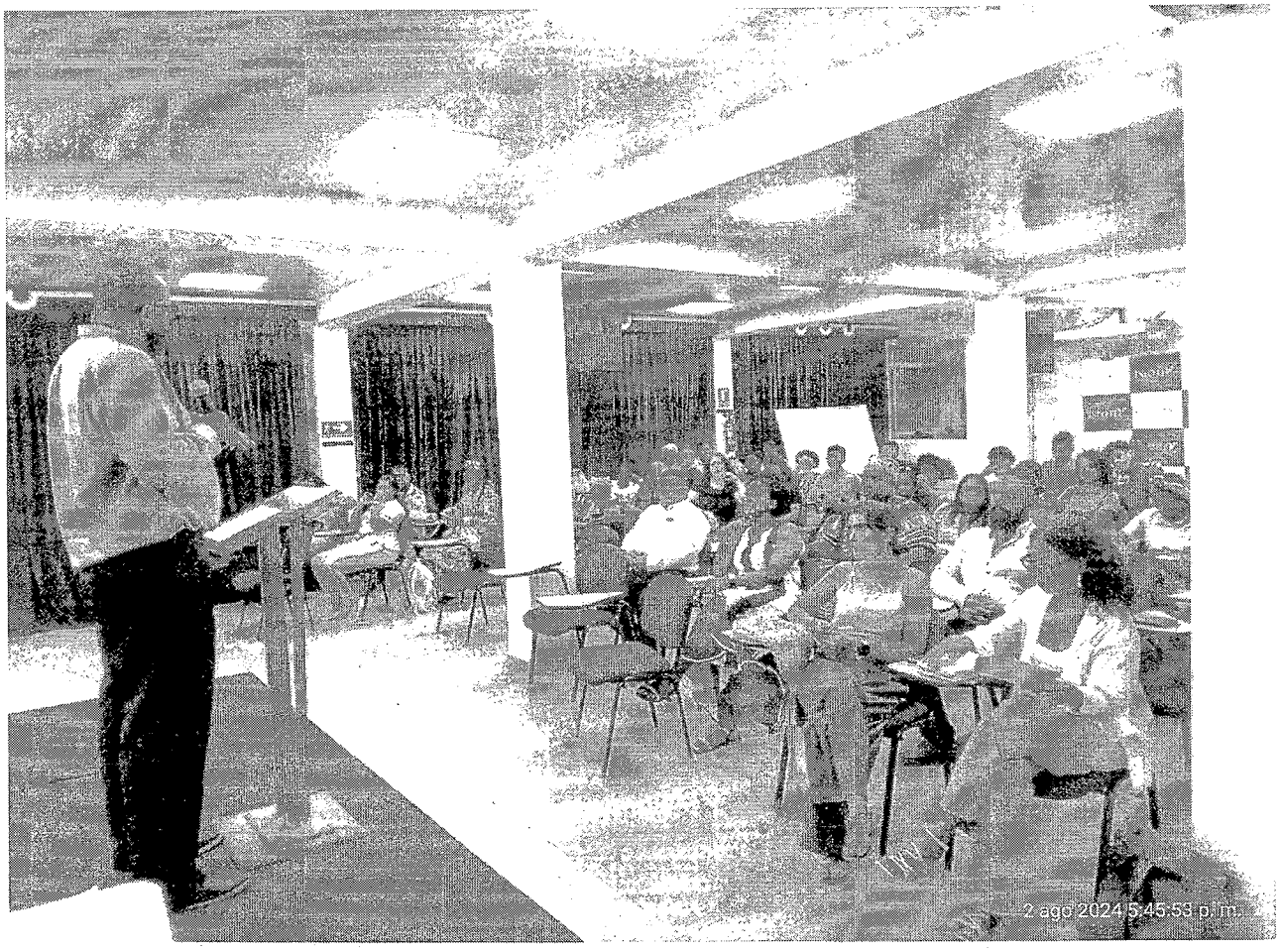
VoBo. Supervisor
Nombre: Emelino O`Neill

Anexos del informe: (especificar)

ANEXO	SI	NO
Recibo a satisfacción	X	
Seguridad social	X	
CD		
Documento impreso		


2 ago 2024 6:27:47 p. m.


2 ago 2024 5:46:41 p. m.


2 ago 2024 5:45:53 p.m.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA (Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas inscritas en el Régimen Simplificado DECRETO 522 DE 2003

No. SAI20240813

FECHA: 13 de agosto de 2024

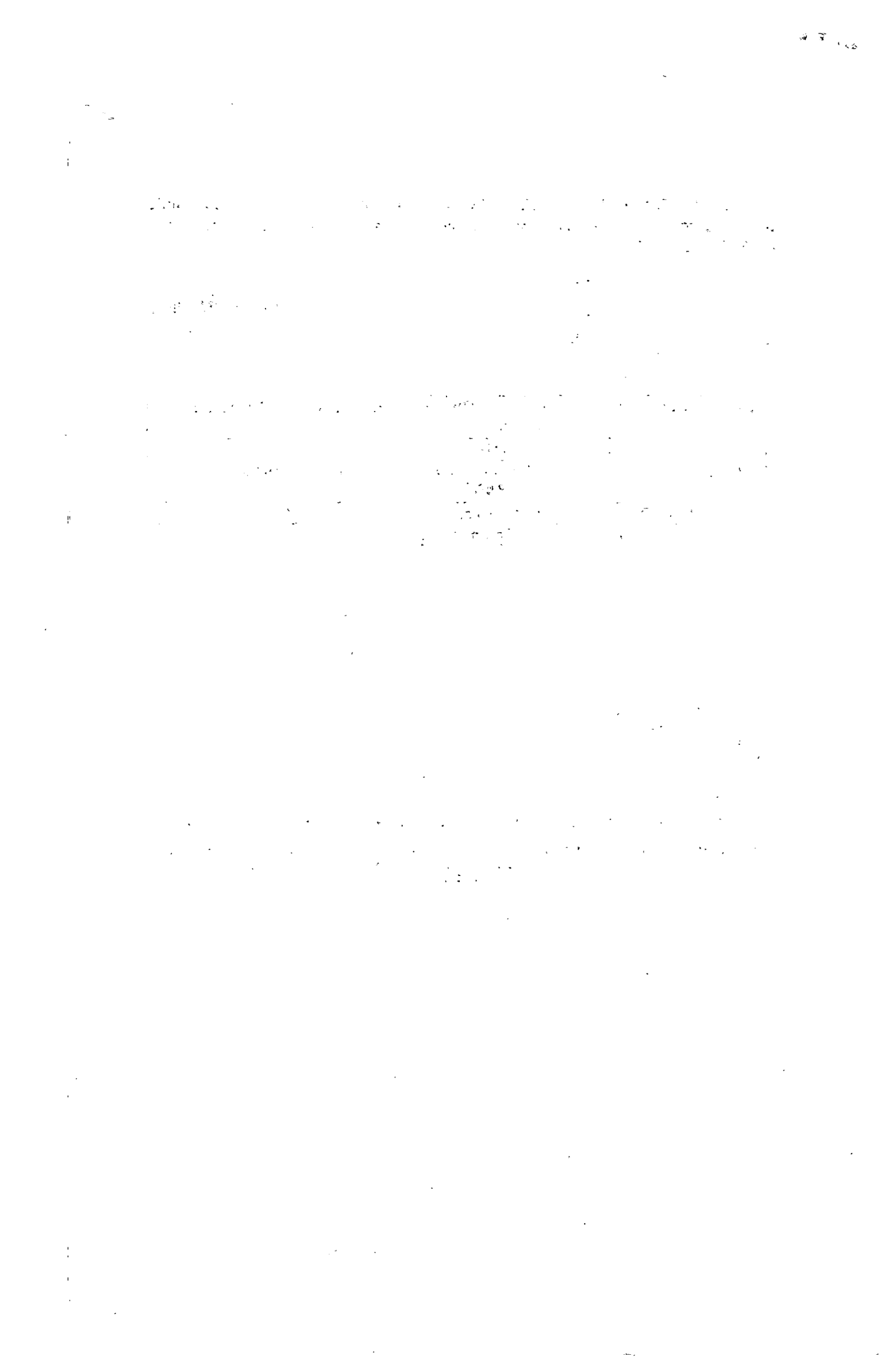
NOMBRE DE LA EMPRESA:	INSTITUTO DE FORMACIÓN TECNICA PROFESIONAL - INFOTEP
NIT / CC	892400461
VALOR DE LA OPERACIÓN:	**Seis millones novecientos noventa y ocho mil pesos ($6.998.000)**
POR CONCEPTO DE:	Venta de comida típica
CUENTA DE DESTINO	Certificado adjunto

FIRMA DEL PROPONENTE
OULALIA WRIGHT SANCHEZ
CC 40986721
Teléfono: 3214008682

Dirección: Barrack

NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR RENTA PARAGRAFO 2 DEL ARTICULO 383 DEL E.T. PERTENESCO A RENTAS DE TRABAJO.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA (Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas inscritas en el Régimen Simplificado
DECRETO 522 DE 2003



INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICA PROFESIONAL
INFOTEP Archipiélago

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICA PROFESIONAL
Nit. 892.400.461-5
San Andrés, Isla - Colombia

EL COORDINADOR DEL CENTRO DE LENGUAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA ISLAS, INFOTEP

C E R T I F I C A QUE

Que la contratista, OULALIA WRIGHT SANCHEZ identificada con C.C. No. 40.986.721 ha realizado las actividades indicadas en el contrato 162 durante el período comprendido entre el 02 de agosto y el 02 de agosto de 2024, de acuerdo a los siguientes productos:

Item	SERVICIO	MEDIO DE ENTREGA	
		FÍSICO	DIGITAL
1	Coordinación y suministro de alimentos para la conmemoración del día de la emancipación		X
2	Distribución de alimentos y bebidas en el evento del ciclo de conferencias de la emancipación		X
			X
			X

Dichos documentos se reciben a satisfacción una vez verificado los aportes correspondientes al mes de JULIO de 2024

Dado en San Andrés Isla a los 13 días del mes de agosto de 2024.

EMELINO O´NEILL PEREZ

Coordinador centro de lenguas

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	OULALIA WRIGHT SANCHEZ	**NIT:**	40986721
Tipo Planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2024
Número de Radicación:	79391257	**Total a pagar:**	$445,600
Fecha de vencimiento:	06/08/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	13/08/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	841045907
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$15,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$241,300
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$188,500
						$445,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 79391257, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	40986721	OULALIA WRIGHT SANCHEZ		LOMA BARRACK	3214008682	oulaliawright@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
78886613	08/08/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-07	N	13/08/2024	79391257	$445.600

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	187.500	0		0		0	7	1.000	0	188.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	7	1.300	0	241.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	7	100	15.800			157	15.800	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	187.500	188.500
Pensión	1	240.000	241.300
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	443.200	445.600

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	40986721	OULALIA WRIGHT SANCHEZ		LOMA BARRACK	3214006682	oulaliawright@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		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
78886613	08/08/2024				1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	N	13/08/2024	79391257	$445.600	

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	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	40986721	WRIGHT SANCHEZ OULALIA	59	0			N																	25-14	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS037	2.800.000	350.000	14-23	2.800.000	2	29.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	OULALIA WRIGHT SANCHEZ	**NIT:**	40986721
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2024
Número de Radicación:	78886613	**Total a pagar:**	$384,900
Fecha de vencimiento:	06/08/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	08/08/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

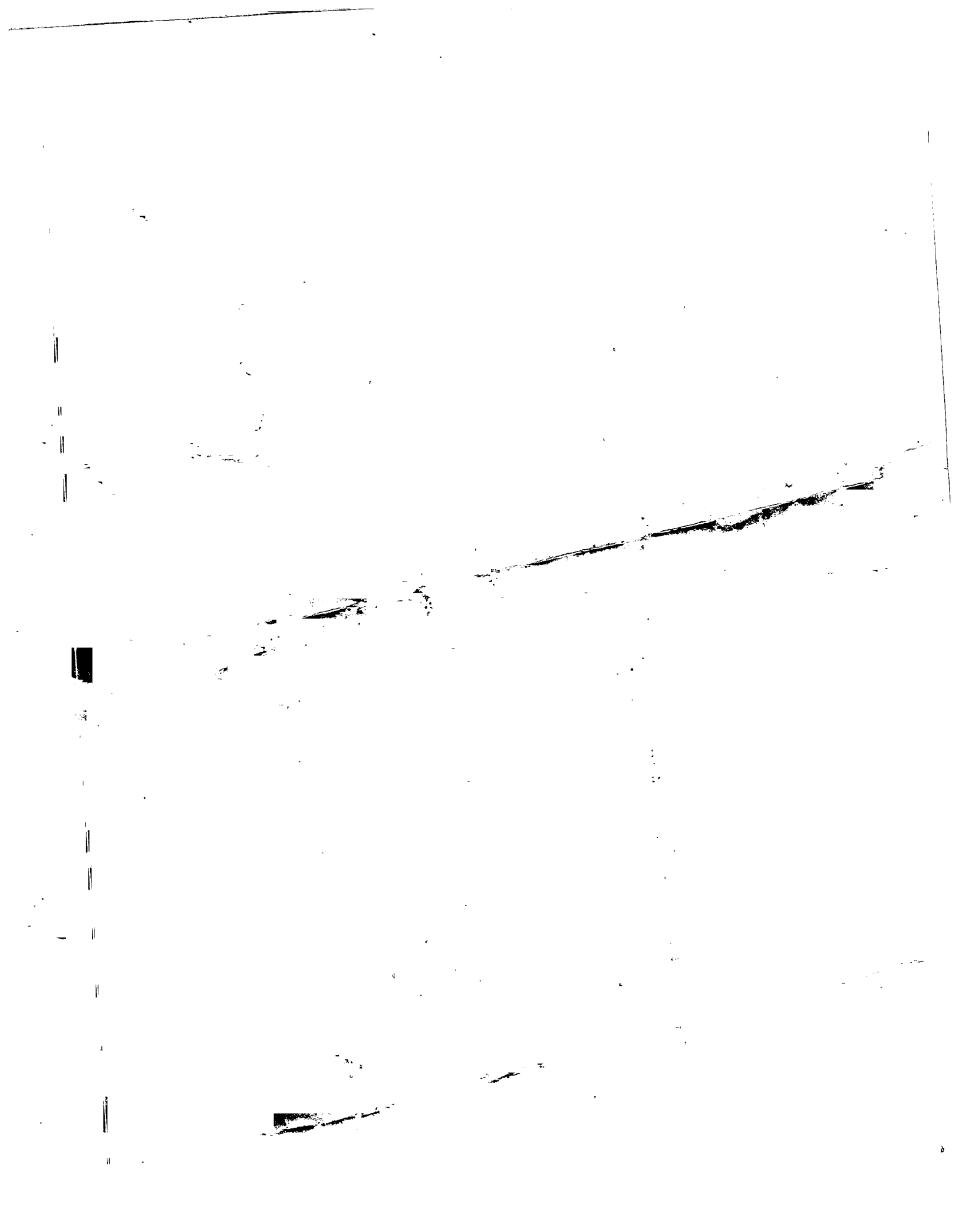
Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	831131562
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$13,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$208,400
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$162,800
						$384,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 78886613, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	40986721	OULALIA WRIGHT SANCHEZ	LOMA BARRACK	3214008682	oulaliawright@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	78886613	$384.900

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	2	400	0	208.400	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	13.600				13.500	2	100	13.700			136	13.700	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	162.500	162.800
Pensión	1	208.000	208.400
Riesgos Laborales	1	13.600	13.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.900

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	40986721	OULALIA WRIGHT SANCHEZ		LOMA BARRACK	3214008682	oulaliawright@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		NO

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	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	78886613	$384.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. 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	40986721	WRIGHT SANCHEZ OULALIA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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