Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CODIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	C.C.	79.714.220
		RUT(NIT):	141139957941
CORREO ELECTRÓNICO:	haritol.lp@hotmail.com	TELÉFONO:	3228168874
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 # 73D 65 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	X
SI tomaré costos y deducciones	0

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.				SI 0	NO X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	001800208876

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2782 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46904	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES;10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 23.354.636
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DOS MILLONES TRESMIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE					
	$ 2.003.400					

Harold letrado

HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS
C.C. 79.714.220
CEL.: 3228168874

180

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		79.714.220			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2782 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.204.848	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.354.636	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.003.400		
N° DE INFORME:	12	N° CRP:	14023	N° CDP:	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	7	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22253	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25192	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.494.052	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29212	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32480	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36600	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39854	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 3.071.880	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46904	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)	
1	Recibi turno al compñaero en la hora indicada con las novedades presentadas en el turno	
2	verifique el funcionamiento adecuedo de los equipos. Monitor succionador, equipos biomedicos	
3	Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 184 HORAS	
4	controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades y registro de historia clinica	
5	oriente a los familiares de los pacientes para los examene, diagnosticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia según normas esyablecidas por cada procedimiento	
6	Realice actividades propias del cuidado de enfermeria previando acciones inseguras en la prestacion del servicio de salud	
7	notifique inmediatamente las acciones inseguras ocurridas al medico de turno y jefe inmediato	
8	informe al servicio sobre los cambios del estado clinico de los paciemtes durante el traslado	
9	realice la lista de chequeo instaurada en la subre, verifiando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van hacer trasladados	
10	mantuve limpia y organizada la ambulancia	

11	ebtregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente
12	Cumpli con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental y salud ocupacional
13	Realice la gestion adminictrativa como cambio de unidad de los pacientes trasladados a diferentes unidades de la subred
14	diligencie la historia clinica y registro del libro de la movil asignada
15	Bitacora de traslados de la movil asignada
16	Bitacora de traslados de la movil asignada
17	Bitacora de entregas la movil asignada
18	Ningun llamado de atencion por presentacion personal
19	Bitacora de traslados de la movil asignada
20	Bitacora de traslados de la movil asignada
21	Reporte la disponibilidad a radio para los despachos corespondiemtes
22	Bitacora de traslados de la movil asignada
23	Bitacora de entregas la movil asignada
24	Bitacora de traslados de la movil asignada
25	Entregue oportunamemnte las historias clinicas
26	realice el pago de mis aportes como eps y fondo de pension
27	Entregue turno al compañero con la movil limpia y ordenada y las novedades presentadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81952260	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	9/12/2024	$ 26.000
	TOTAL PAGADO		$ 428.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Harold letrado

HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS

C.C. 79.714.220

CEL: 3228168874

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.714.220			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2782 2024		FECHA INICIO CONTRATO			21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.204.848					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.354.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			$ 2.003.400
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	14023	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81952260		OPERADOR:			MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22253	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25192	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.494.052	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29212	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32480	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36600	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 474.624	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39854	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 3.071.880	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46904	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI		NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X		
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X		
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.?	X		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X		

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01/12/2024 AL 31/12/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	Johon Jairo Rodriguez A C.C. 3.007.070 Enfermero Epidemiologo Especialización G.I.S NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CLL 56 A SUR N 78 M 12	7795979	HARITOLLP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81952260	$429.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	4	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	4	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	429.500

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	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CLL 56 A SUR N 78 M 12	7795979	HARITOL.LP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81952260	$429.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	4	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	4	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	429.500

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	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS		CLL 56 A SUR N 73 M 12	7795979	HARITOL.LP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81952260	$429.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBERCCION	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	79714220	LETRADO PENAGOS HAROLD GILBERTO	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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