CUENTA DE COBRO
N°. 002 de 2024

LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA
NIT. 890.680.031- 4

DEBE A:
ANGEL TAPIA LOZANO
C.C N°. 11.307.169 de Girardot

LA SUMA DE:

VEINTISIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE
$ 27.600.000

Por concepto de: LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE, ALIMENTACION, DIFUSION Y MATERIALES DIDACTICOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA LA VIGENCIA 2024, CON LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN LOS MUNICIPIOS DE ARBELAEZ, SAN BERNARDO, PANDI Y VENECIA adscritos a la ESE Hospital san Antonio de Arbeláez, durante el periodo comprendido del primero (01) de diciembre al treinta (30) de diciembre del año 2024.

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito en ocho (08) folios, así como un (01) CD que se evidencia registro fotográfico y las planillas firmadas que soportan, las mismas el pago de seguridad social del mes de Noviembre de 2024

Diciembre

Nombre y apellidos completos. **Ángel Tapia Lozano**
N° de cedula de ciudadanía y lugar de expedición. 11.307.169 de Girardot
Dirección de residencia. Calle 144 N° 9 - 89, Apartamento 202, Cedritos
Número de Cuenta **N° 348598459.**
Banco de apertura y lugar de la cuenta **Banco de Bogotá - Girardot**
Teléfono: 3123543526

INFORME DE ACTIVIDADES
CONTRATO Nº 856
AÑO 2024

DATOS DEL INFORME
Fecha de presentación:(23/12/2024) Periodo del Informe: desde el treinta (30) de noviembre hasta el treinta (30) de diciembre
Nombre del Contratista: **ANGEL TAPIA LOZANO**
Nombre del Supervisor**: DR. SAUL PARRA GARCIA**
DATOS DEL CONTRATO
CONTRATISTA: **ANGEL TAPIA LOZANO** C.C. N°. 11.307.169 de Girardot (Cund)
OBJETO: LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE, ALIMENTACION, DIFUSION Y MATERIALES DIDACTICOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA LA VIGENCIA 2024, CON LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN LOS MUNICIPIOS DE ARBELAEZ, SAN BERNARDO, PANDI Y VENECIA.
Plazo: DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DIAS **Valor del Contrato:** CUARENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 46.000.000.oo) **Fecha de Iniciación:** (15/10/2024) Fecha de Terminación: (30/12/2024)
Porcentaje de ejecución financiera: 100% Porcentaje de ejecución en tiempo: 100%
Modificaciones al contrato: NA Prorroga: NA Valor Adición: NA
Porcentaje de ejecución financiera: 00% Porcentaje de ejecución en tiempo: 00%

BLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
• El transporte (Transporte de talento Humano interdisciplinario)	• Transporte del personal asistencial de las brigadas a los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi, Venecia.
• Alimentación	• Suministro de toda la alimentación de las brigadas a los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi, Venecia.
• Difusión (Tanto de la jornada como los temas a tratar)	• Suministro de propaganda alusiva a las brigadas de los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi, Venecia.
• Materiales didácticos, materiales que se utilizaran en todas las actividades como: (Cartulina, papel bond, fome, globos, pintura, pegante, tijeras, borrador, colores, marcadores, fichas bibliográficas, etc.)	• Suministro de elementos de papelería para el apoyo de las brigadas a los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi, Venecia.

DESAGREGACION DE COSTOS		
AREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	**PORCENTAJE DE EJECUCION POR AREA**	**VALOR**
Área de Salud Publica	100%	$ 27.600.000
PRODUCCION		

PRODUCTOS A ENTREGAR	**PRODUCTOS ENTREGADOS**	**% EJECUCION**	
		% DE EJECUCION FINANCIERA	**% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO**
Evidencia fotográfica Listado de asistencia Soporte correo electrónico	Evidencia fotográfica Listado de asistencia Soporte correo electrónico	100%	100%

ANEXOS:

1. Copia pago planilla seguridad social
2. Evidencias (especificar en qué medio de entrega físico o digita)
3. Formulario de declaración pago seguridad social
4. Formulario de declaración juramentada
5. Pago de seguridad social correspondiente

ANGEL TAPIA LOZANO
Nombre o firma de contratista

SAUL PARRA GARCIA
Nombre o Firma de supervisor de contrato

YURI ALEXANDRA OCHOA LEON
Apoyo a la Supervisión

CERTIFICACIÓN:

Yo, **Ángel Tapia Lozano** identificado(a) con CC. N°. 11.307.169 de Girardot (Cund) en cumplimiento al parágrafo 1 del art. 4 del decreto 2271 de junio de 2009, DECLARO BAJO LA **GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal (si se dice falsedades, se expondrá a cárcel de hasta 12 años), en su artículo 442, que los documentos soporte de pago obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca

Nota:

El art. 18 de la Ley 1122 de 2007 y el art. 23 del decreto 1703 de agosto de 2002, define que los contratistas deben usar como base obligatoria mínima de cotización el equivalente al 40% del valor del pago bruto Mensualizado **proveniente** del contrato de prestación de servicios (si quieren cotizar voluntariamente con una base superior a esa, también pueden hacerlo), y que el decreto 1273 de 2018 señala que los aportes a la seguridad social de trabajadores independientes se deben realizar mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de liquidación a Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización; que igualmente en el artículo segundo del señalado decreto, establece que El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salaría mínimo mensual legal vigente.

Además, y de acuerdo con las normas de los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993, se debe recordar que en ningún caso el ingreso base de cotización que se use podrá ser inferior a un salario mínimo mensual, ni tampoco superior a los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Esta declaración la hago a los veintitrés (23) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2.024), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extrajuicio), del decreto 19 de 2012, con destino a la E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca, para que surta los efectos legales.

Sin otro particular,



NOMBRE Y APELLIDOS. **ANGEL TAPIA LOZANO**
NUMERO DE DOCUMENTO. N° 11.307.169 de Girardot
NUMERO DE TELEFONO. 3123543526

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	11307169	ANGEL TAPIA LOZANO	Calle 144 9 89 AP: 202	3123543526	angeltapialozano8@gmail.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
82316365	04/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	23/12/2024	82835149	$3.204.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.325.800	0		0		0	0	0	0	1.325.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.697.000	0	0	63.000	63.000	0	0		1.823.000	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	55.300				55.300	0	0	55.300			553	55.300	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	1.325.800	1.325.800
Pensión	1	1.823.000	1.823.000
Riesgos Laborales	1	55.300	55.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.204.100	3.204.100

PAGADA

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	11307169	ANGEL TAPIA LOZANO	Calle 144 9 89 APt 202	3123543526	angeltapialozano8@gmail.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
82316365	04/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	23/12/2024	82835149	$3.204.100	

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	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	11307169	TAPIA LOZANO ANGEL	59	0			N	x																230301	12.600.000	2.016.000	0	0	63.000	63.000	EPS037	12.600.000	1.575.000	14-23	12.600.000	1	65.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Nit 860.002.964-4
Cra 8 [illegible] 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que N/A, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 11.307.169 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 348598459, abierta/o desde el 30/10/2024.

Se expide en Bogotá el dia 31 del mes de Octubre del año 2024

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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	11307169	ANGEL TAPIA LOZANO		Calle 144 9 89 APt 202	3123543526	angeltapialozano8@gmail.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
82835149	23/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	26/12/2024	82931689	$480.400	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	256.000	0	0	8.000	8.000	0	0		272.000	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.000	200.000
Pensión	1	272.000	272.000
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	480.400	480.400

PAGADA

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	11307169	ANGEL TAPIA LOZANO	Calle 144 9 89 APt 202	3123543526	angeltapialozano8@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
82316365	04/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	23/12/2024	82835149	$3.204.100	

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	1.325.800	0		0		0	0	0	0	1.325.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.697.000	0	0	63.000	63.000	0	0		1.823.000	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	55.300				55.300	0	0	55.300			553	55.300	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	1.325.800	1.325.800
Pensión	1	1.823.000	1.823.000
Riesgos Laborales	1	55.300	55.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.204.100	3.204.100

PAGADA

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	11307169	ANGEL TAPIA LOZANO	Calle 144 9 89 APt 202	3123543526	angeltapialozano8@gmail.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	03/12/2024	82252729	$754.600	

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	325.000	0		0		0	0	0	0	325.000	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	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	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				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	325.000	325.000
Pensión	1	416.000	416.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	754.600	754.600

PAGADA

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