1362

Secretaría 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 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

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.839.512				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1362 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.222.946	
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	6071	Nº CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	1 Descargar los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcam, aventage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencia]) las cuales ya cuentan con el aval de revisión
2	2.Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial
3	3.Reparte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas de soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar
4	4. Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar 36
5	5. Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos
6	6.Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades
7	7. Creación de registro de la relación de envió en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB
8	8. Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH.
9	9. Confirmación de la relación de envió en el sistema DGH
10	10.Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envió a rips de las mismas.
11	11. Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envío en el sistema DGH la cual se presentan a las EAPB y área de cartera
12	12. Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envió las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH
13	13 Subsanación de las inconsistencias envido ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas
14	14. Entrega de la relación de envío con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82828045	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	EPS Sura	20/01/2025	$	163.900
PENSIÓN:	Colfondos	20/01/2025	$	209.700
RIESGOS LABORALES:	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20/01/2025	$	32.000
OTRO	Cafam Caja de Compensacion Fliar	20/01/2025	$	26.300
	TOTAL PAGADO			$ 431.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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)
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA
C.C 79.839.512
cel: 3143721208

Secretaría 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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA	CC:	79839512
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	elsytio@gmail.com	TELÉFONO:	3143721208
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Trv 77 # 6d 89	CIUDAD:	BOGOTA

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	( )

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.

Regimen 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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	570008480282261
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1362 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	6071	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	2/01/2025	AL	31/01/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						2.222.946
	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MDA / CTE						

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA
C.C 79.839.512
cel: 3143721208

1362

Secretaría 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 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

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.839.512				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1362 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.222.946
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	6071	Nº CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1 Descargar los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcam, aventage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial)) las cuales ya cuentan con el aval de revisión
2	2.Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial
3	3.Reparte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas de soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar
4	4. Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar 36
5	5. Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos
6	6.Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades
7	7 Creación de registro de la relación de envió en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB
8	8. Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH.
9	9. Confirmación de la relación de envió en el sistema DGH
10	10.Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envios en DGH y envió a rips de las mismas.
11	11. Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envio en el sistema DGH la cual se presentan a las EAPB y área de cartera
12	12. Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envió las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH
13	13 Subsanación de las inconsistencias envido ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas
14	14. Entrega de la relación de envio con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82828045	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS Sura	20/01/2025	$ 163.900
PENSIÓN:	Colfondos	20/01/2025	$ 209.700
RIESGOS LABORALES:	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20/01/2025	$ 32.000
OTRO	Cafam Caja de Compensacion Fliar	20/01/2025	$ 26.300
TOTAL PAGADO			$ 431.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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.

Anexo

VII. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA
C.C 79.839.512
cel: 3143721208

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA	CC:	79839512
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	elsytio@gmail.com	TELÉFONO:	3143721208
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Try 77 # 6d 89	CIUDAD:	BOGOTA

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	( )

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.

Regimen 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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	570008480282261
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1362 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	6071	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	2/01/2025	AL	31/01/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						2.222.946
	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MDA / CTE						

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA
C.C 79.839.512
cel: 3143721208

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.839.512

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1362 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 2.222.946
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	6071	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82828045		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	0
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 **2/01/2025** **AL** **31/01/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E) YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA	**NIT:**	79839512
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2024
Número de Radicación:	82828045	**Total a pagar:**	$431,900
Fecha de vencimiento:	07/01/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	20/01/2025	**Número de Administradoras:**	4

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:	NEQUI	**Número Autorización:**	1204162230
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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$32,000
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$209,700
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$26,300
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$163,900
						$431,900

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 82828045, 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