DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	16 de julio de 2024	Periodo de Pago:	Del	01/06//2024	Al	30/06/2024	
Contrato No. y Fecha:	0976 de 2024						
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE				c.c. o Nit.	31.036.935	
Representante Legal:					c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:		3

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**tres millones quinientos noventa y nueve mil novecientos cincuenta y dos pesos ($3.599.952)**

Cordialmente,

Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
Supervisor		Ordenador del Gasto	

Secop 4085 22-07-24

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	0976 de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	NELSY BERNAL DUARTE	Nit./c.c.	31.036.935
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	c.c.	1.121.823.987
Objeto: (Transcribir del contrato)			
SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	VEINTITRES MILLONES DE PESOS ($23.000.000) M/CTE		
Término Inicial de Ejecución:	SEIS (6) MESES		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	1-04-2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	30-09-2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de la siguiente manera:
El Departamento del Meta pagará al contratista el valor total del contrato mediante pagos parciales presentados durante el término de ejecución del contrato **PARAGRAFO:** Para el pago correspondiente el Contratista deberá adjuntar: **a)** informe debidamente avalado por el supervisor, **b)** certificación expedida por el Supervisor avalando el cumplimiento del objeto del contrato, **c)** Factura, **d)** Pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, riesgos profesionales y parafiscales si a ello hubiera lugar; y los demás requisitos y trámites enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	2628 de 22 de marzo de 2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	x

Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-70
Valor: (Letras y Números)	veintitrés millones de pesos ($23.000.000) m/cte

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**		**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Brindar apoyo y acompañamiento en cada una de las actividades del Servicio Social Obligatorio a cargo de la Secretaria de Salud del Meta.
2. Realizar el seguimiento y control a las solicitudes de disponibilidad presupuestal suscritas por el Secretario de Salud y las certificaciones expedidas por la Gerencia de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda Departamental.
3. Consolidar y realizar el respectivo análisis de los indicadores de ejecución de gastos presentados al despacho del Secretario de Salud del Meta por cada una de las gerencias.
4. Apoyar la realización de las mesas de saneamiento por concepto de aportes patronales según el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social.
5. Brindar apoyo en el registro y actualización de la plataforma tecnológica PISIS en lo relacionado con la ejecución de las transferencias nacionales de los programas de ETV, Tuberculosis y Lepra y los demás recursos asignados por la Nación con sus respectivas devoluciones de los recursos no ejecutados y rendimientos financieros.
6. Las demás actividades que por naturaleza del contrato le sean asignadas por el Secretario de Salud del Meta

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1) Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas por la Secretaria de Salud del Meta, de conformidad con la propuesta presentada, y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Estudios Previos:

ITEM	SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNID MEDIDA	CANT
1	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño carta, copia foto estática a color.	UNID	1
		reducción o ampliación al 150%, previa autorización de la secretaria de salud	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática a color.	UNID	1
2	SERVICIO DE ANILLADO O ARGOLLADO, PREVIA	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 1 a 100 hojas.	UNID	1

	AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 100 a 300 hojas.	UNID	1
3	SERVICIO DE ESTAMPADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Estampado de hasta 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Estampado de hasta 100 a 300 hojas,	UNID	1

2) El contratista deberá disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor a 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.
3) Prestar los servicios en su totalidad y con los requerimientos técnicos mínimos exigidos en el pliego de condiciones, con las condiciones de tiempo, modo y lugar precisados en el estudio, en el pliego de condiciones, ofertados en la propuesta y en el contrato.
4) Los servicios deben ser prestados con excelente calidad, y cumplir con las unidades autorizadas.
5) Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaria de salud del Meta para la ejecución del contrato.
6) Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.
7) El contratista deberá tener afiliado a todo el personal que destinara para la ejecución del objeto a contratar, al sistema general de seguridad social integral e igualmente estar al día en el pago de los anteriores aportes y en el pago de sus obligaciones, parafiscales durante la vigencia del contrato de acuerdo a las disposiciones del régimen laboral colombiano, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.
8) Presentar informe de ejecución mensual, copia del pago legible del comprobante del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos en la ley.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	01-06-2024		Al	30-06-2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	x	Final		No. de Pago	3

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**tres millones quinientos noventa y nueve mil novecientos cincuenta y dos pesos ($3.599.952)**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
2628	03030101-2.1.2.02.02.008-70	85951	**$3.599.952.00**
			$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.599.952.00**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)

En el municipio de Villavicencio, Departamento del Meta

Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
Villavicencio	30	$119.998.40	**$3.599.952.00**
		$	$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.599.952.00**

Nota: Incluir filas si se requiere.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)	_____ N/A _____ **m/cte. ($ _____)**
Amortización del Anticipo:	
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)	_____ N/A _____ **m/cte. ($ _____)**
Porcentaje: Observaciones:	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
Pago uno	$3.505.713	01/04/2024	30/04/2024	15.24%
Pago dos	$3.749.913	01/05/2024	31/05/2024	16.30%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$3.599.952	01/06/2024	30/06/2024	15.65%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$12.144.422	01/07/2024	30/09/2024	52.81%
Valor Total del Contrato Inicial	$23.000.000	01/04/2024	30/09/2024	100%

Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
*Cuarto Pago	$	N/A	N/A	0
*Quinto Pago	$	N/A	N/A	0

Pago Autorizado en el Presente Informe	$	N/A	N/A	0
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$	N/A	N/A	0
Valor Total de la Adición	$	N/A	N/A	0
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$23.000.000**

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista

El contratista:

Concepto	Si	No	Detalle
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?		x	Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?		x	Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		x	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		x	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		x	
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General		x	

de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13.5?			
9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		x	
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		x	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**junio 2024**
Número de Planilla	**8377872987**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.600.000**
Valor pagado a SALUD	**$200.000**
Valor pagado a PENSIÓN	**$256.000**
Valor pagado a ARL	**$8.400**
Valor pagado a FSP	**$0**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los dieciséis (16) días del mes de julio de 2024 .

Cordialmente,

CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Gerente Administrativo De Salud
Supervisor

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
60a4f0efaaf22198ebae4fa5674830cbebd19400f2a8345925e44eee70d0c683d7e921db79f90c4a3da853cdf1e6859c

Número de Factura: NB-3
Fecha de Emisión: 12/07/2024
Fecha de Vencimiento: 12/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERNAL DUARTE NELSY
Nombre Comercial: BERNAL DUARTE NELSY
Nit del Emisor: 31036935
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8219

Pais: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CL 37 41 89 BRR BARZAL
Teléfono / Móvil: 3105762065
Correo: nelsybernalduarte@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DEL META
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Pais: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CR 33 38 45
Teléfono / Móvil: 6086818500
Correo: hacienda@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	002	FOTOCOPIAS GOBERNACION	94	32.432,00	$ 111,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.599.952,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-12 17:49:03
Documento generado el: 2024-07-12 17:49:03
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			3.599.952,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			3.599.952,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			3.599.952,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	3.599.952,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764071134414 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-05-22

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6605150
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8377872987

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8377872987
Fecha pago	2024-06-21
Número de autorización pago	94819524
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	464400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8400	1
231001	Colfondos	256000	1
EPS005	Sanitas EPS	200000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1600000	1600000	1600000	0	200000	0	256000	0	8400	0

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

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:

Guardar archivos en excel

Guardar en PDF

Información de la planilla

Identificación	CC 31036935
Razon Social	NELSY BERNAL DUARTE
Numero de planilla	8377872987
Periodo	Junio de 2024
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Vencimiento	2024/07/09
Fecha de pago	2024/06/21
Total pagado	$464.400

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427
Razon Social	Compensar OI
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Medio de pago	Pago en Cajas
Banco	1023
Numero de aprobación	94819524

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
800227940	Colfondos	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
800251440	Sanitas EPS	$ 200.000		
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 8.400	$ 0	$ 8.400

Hola soy Pili, ¿en qué te puedo ayudar?

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE		CALLE 37 N.41-89	6605150	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
6	2024	6	2024	I	21 06 2024	8377872987	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0			No	001	50																30	30	30	EPS005	$1,600,000	12.50%	$200,000	231001	$1,600,000	16.00%	$256,000	$0
																															$200,000				$256,000	$0

PAGADO

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	$0	14-23	$1,600,000	0.52%	1	$8,400
			$0					$8,400

PAGADO

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