Servicios y Suministros D&B
Dirección: Carrera 19 No. 25-04 Barrio Alameda
Pasto, Colombia
Email: serviciosysuministrosdb@gmail.com

Tema del Informe: INFORME DE ACTIVIDADES EN CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	Fecha			N° DE INFORME
	Día	Mes	Año	
	28	11	2025	4

Tipo de informe: Parcial	X	Final		

Contratista: JUAN CARLOS DÁVILA GUERRERO CC.- 12.753.602 de Pasto

Contrato No. 2025000760-343

Descripción del Informe de Actividades

Obligaciones Directas Del Contratista			
Actividades- Obligaciones del Contrato		**Indicador cuantitativo de cumplimiento**	**Descripción cualitativa de la ejecución de obligaciones (soportes)**
1	Prestar el servicio de transporte en forma oportuna en los términos estipulados en el objeto contractual	100%	Se ha prestado el servicio de transporte de acuerdo a los requerimientos que ha realizado la entidad de forma oportuna.
2	Garantizar durante la vigencia del presente contrato 4 vehículos tipo camioneta, con capacidad mínimo de 5 pasajeros incluido el conductor	100%	A la presente fecha se ha garantizado la disposición de vehículos necesarios para el transporte requerido.
3	Poner a disposición del servicio vehículos automotores con todos los documentos y seguros establecidos por la ley para la prestación del servicio de transporte de personal, a las veredas y corregimientos (zona rural) que se requiera para la operatividad de los equipos básicos en salud, de acuerdo a los cronogramas establecidos	100%	Se presenta a la entidad contratante, la verificación de todos los documentos y seguros obligatorios vigentes por cada vehículo cumpliendo a cabalidad para el normal desarrollo de las actividades que tienen que cumplir de acuerdo a los cronogramas establecidos y socializados con cada equipo.
4	Realizar el traslado del recurso humano cuando se realicen brigadas de salud en cualquiera de las veredas, corregimientos y/o barrios de los territorios y micro territorios, según lo estipulado es las actividades programadas dentro de la operatividad de los equipos básicos en salud.	100%	Se ha dado cumplimiento para trasladar al personal para las diferentes veredas y corregimientos del Municipio, con el fin de cumplir las actividades programadas en cumplimiento al objeto contractual.

5	Realizar el recorrido dado por la ESE en los trayectos, así como de recorrer el interior del Municipio para hacer las visitas domiciliarias estipuladas.	100%	Se ha cumplido con el cronograma establecido semanalmente por cada coordinador de los diferentes equipos.
6	Presentar ante el contratante las respectivas pólizas, SOAT y Revisión Tecnicomecanica del vehículo o vehículos con el cual o los cuales cumplirá el objeto contractual, y así dejar indemne a la E.S.E	100%	Los vehículos asignados al transporte de personal de equipos básicos cuentan con todos los documentos vigentes (SOAT, REVISION TECNOMECANICA) y en orden, para lo cual se entrega a la entidad los documentos para su revisión y verificación.
7	Guardar absoluta reserva del transporte que realice.	100%	Se ha conservado reserva de información de conformidad a lo exigido por la entidad, durante los diferentes recorridos realizados con el personal asignado.
8	EL CONTRATISTA se obliga a cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA e ICBF); el incumplimiento de esta obligación será causado para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora; lo anterior de conformidad con lo establecido en la Ley 828 de 2.003	100%	Los conductores de los vehículos asignados para el transporte del personal de equipos básico cuentan con la afiliación al sistema de seguridad social de conformidad a las normas y leyes vigentes.
9	Garantizar la seguridad del personal desde que se retira de la ESE, durante su recorrido y al regresar el sitio de donde los vehículos salen en programación	100%	Se ha garantizado la seguridad e integridad del personal transportado, se los recoge a la hora programada y se los deja en el sitio indicado durante el recorrido y al finalizar la programación se los transporta al sitio de llegada señalado por la entidad.
10	Revisar exhaustivamente el vehículo, antes de cada salida los vehículos para el normal recorrido durante la jornada	100%	Se realiza inspecciones vehiculares periódicas antes de las salidas de los vehículos, los conductores reportan novedades antes de cada salida del vehículo asignado.

11	Diligenciar los formatos a los que haya lugar para el cumplimiento del objeto contractual.	100%	Se diligencia los formatos requeridos por la entidad para el control de transporte diario realizado.
12	Atender recomendación en caso de mejorar la prestación del servicio.	100%	Se han atendido Las recomendaciones de la parte administrativa y gerencial de la entidad con el objeto de mejorar algunos aspectos que se han desarrollado a lo largo de la ejecución del contrato.
13	Cumplir con las demás obligaciones que contribuyan a garantizar el cabal cumplimiento y ejecución del presente contrato	100%	Se ha cumplido con las demás obligaciones o requerimientos que ha hecho la entidad.
14	Suscribir las actas que se generen dentro de la ejecución contractual.	100%	No han existido a la fecha novedades en la ejecución contractual.
15	Presentar informes de los recorridos de manera mensual	100%	Se presenta certificación del cumplimiento de los recorridos de manera mensual
16	El CONTRATISTA deberá estar afiliado(a) al Sistema de Seguridad Social y cumplir con lo preceptuado en la Resolución 467 de 2025, razón por la cual deberá pagar por su cuenta y oportunamente lo concerniente a salud, pensiones y riesgos como trabajador(a) independiente (no como beneficiario(a) ni como dependiente) durante toda la ejecución del contrato o según acuerdo previo y anexo al presente deberá dicha suma ser descontada por el área Administrativa y Financiera de la ESE, al momento de realizar el pago correspondiente a los honorarios percibidos por sus servicios prestados, según lo preceptuado por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales- UGPP.	100%	Mediante planilla de pago de seguridad social se acredita cumplimiento con las obligaciones como empleador al sistema de seguridad social, no se autoriza descuento para pago de obligaciones salariales y prestaciones toda vez que el suscrito contratista lo realiza de manera directa
17	Tanto el talento humano como los vehículos que transportan al personal, según sea el caso, deberán estar adecuadamente identificados con el logotipo del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual	100%	Los vehículos y el talento humano dispuesto para el cumplimiento del presente contrato se encuentran adecuadamente identificados con el logotipo del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con lo

	será suministrado por el área responsable del seguimiento de esta cartera ministerial. Así mismo, deberán portar la insignia de la Misión Medica de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 4481 de 2012. En todo caso la entidad receptora de los recursos deberá remitir la respectiva evidencia del cumplimiento de esta obligación, a través de medio fotográfico o fílmico.		suministrado por el encargado, de igual forma se trasladan con la insignia de la Misión Medica de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 4481 de 2012

REFERENCIAS SEGURIDAD SOCIAL EMPLEADOS			
Tipo de Aporte	Planilla No.	Periodo cotizado	Valor Pagado
Salud	91266983	11-2025	$712.000
Pensión	91266983	11-2025	$455.600
ARL	91266983	11-2025	$138.800
CCF	91266983	11-2025	$228.000
ICBF	91266983	11-2025	$171.200
SENA	91266983	11-2025	$114.000

REFERENCIAS SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA			
Tipo de Aporte	Planilla No.	Periodo cotizado	Valor Pagado
Salud	91266956	11-2025	$178.000
Pensión	91266956	11-2025	$227.800
ARL	91266956	11-2025	$7.500

Nota: Presento pantallazos de los informes enviados.	
Contratista JUAN CARLOS DÁVILA GUERRERO CC.- 12.753.602 de Pasto	**Firma**
Vo Bo. Supervisor	**Firma**
ANDREA MAYERLIN CANCHALA Supervisor	

Anexo 1

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	12753602	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO	CR 19 25 04 BRR ALAMEDA	3022026242	serviciosysuministroscb@gmail.com	NO

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO

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
2025-11	2025-11	I	07/11/2025	91266956	TOTAL A PAGAR	
					$413.300	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	12753602	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO	CR 19 25 04 BRR ALAMEDA	3022026242	serviciosysuministrosdb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NARIÑO	PASTO		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	
2025-11	2025-11	I	07/11/2025	91266956	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRS	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
CC	12753602	DAVILA GUERRERO JUAN CARLOS	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSI03	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

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	12753602	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO		CR 19 25 04 BRR ALAMEDA	3022026242	serviciosysuministroscb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO		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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	07/11/2025	91266983	$1.819.600	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	534.000	0		0		0	0	0	0	534.000	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	138.800				138.800	0	0	138.800			1.388	138.800	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Fliar Nariño	891280008-1	228.000	0	0	228.000	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	4
ICBF				
171.200	0	0	171.200	4
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	712.000	712.000
Pensión	2	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	138.800	138.800
CCF	1	228.000	228.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.200	171.200
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	8	1.819.600	1.819.600

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	12753602	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO		CR 19 25 04 IBRR ALAMEDA	3022026242	serviciosysuministrosdb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO		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
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	07/11/2025	91266983	$1.819.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	IRP	RET	TDP	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensioaal 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
CC	1087007226	GORDILLO MANUEL JUVENAL	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
CC	12958698	DELGADO ORTIZ LUIS ALEJANDRO	1	3			N																		0	0	0	0	0	0	ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
CC	5251920	RIASCOS DIOGENES BOLIVAR	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
CC	5252056	PINCHAO MARTINEZ JERSON TOMAS	1	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	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:	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO	**NIT:**	12753602
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2025
Número de Radicación:	91266956	**Total a pagar:**	$413,300
Fecha de vencimiento:	02/12/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	07/11/2025	**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:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1910095697
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	$7,500
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$227,800
EPSIC5	837000084	Entidad Promotora de Salud Mallamas	1		$0	$178,000
						$413,300

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

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:	JUAN CARLOS DAVILA GUERRERO	**NIT:**	12753602
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2025
Número de Radicación:	91266983	**Total a pagar:**	$1,819,600
Fecha de vencimiento:	02/12/2025	**Total de empleados:**	4
Fecha de Pago:	07/11/2025	**Número de Administradoras:**	8

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:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1910087671
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	4		$0	$138,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$227,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$227,800
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	4		$0	$228,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$178,000
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	3		$0	$534,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	4		$0	$171,200
PASENA	899999034	SENA	4		$0	$114,000
						$1,819,600

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

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