FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL X☐ TOTAL ☐

No. 07

VILLAVICENCIO META 01 de Octubre del 2020

1. CONTRATISTA	Nombre completo: JAQUELINE DIAZ NIETO Identificación: 40.395.071 Dirección: SUPER MANZANA 20 MANZANA 1 CASA 5 SAN ANTONIO ciudad de residencia: VILLAVICENCIO Teléfono de contacto: 3102887823 E-mail de contacto: JACU0605@HOTMAIL.COM BBVA CUENTA: AHORROS Nº DE CUENTA : 0874018336
2. SUPERVISOR	Nombre completo: TE. JANETH LORENA SALAS LINARES Cargo: COODINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DMORI. Supervisora de contrato N0. 153. Fecha: 28/02/2020 Resolución Nº: 001 de 03 de enero de 2020
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. Del contrato: 153 Fecha de suscripción:28/02/2020
4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No De la Póliza: 12 GU079326 Entidad que expide la póliza: CONFIANZA Fecha del certificado de aprobación de la Póliza: 12/03/2020
5. CRP	No. CRP: Fecha expedición: Unidas/Sub-unidad ejecutora: Dispensario médico oriente Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009003 SERVICIONS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES Fuente: NACION Recurso: Valor $ 10.998.416
6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Contrato 153 28/02/2020
7. PLAZO DE EJECUCIÓN	01/03/2020 AL 31/12/2020
8. OBJETO CONTRACTUAL	BAJO LA MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE DMORI

Escaneado con CamScanner

12. VALOR DEL CONTRATO	Valor total del Contrato: 10.068.418 Valor autorizado a pagar: $ 1.157.728
13. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL	OBLIGACIÓN / ENTIDAD / Valor PAGO PENSIÓN / PROTECCION: / $ 140.900 SALUD / CAJA COPI / $ 109.900 ARL / POSITIVA / $ 21.400
14. DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL INFORME	1. Informe de gestión sobre el cumplimiento del objeto contractual, firmado por el **CONTRATISTA** y el recibido a satisfacción del supervisor del contrato, de acuerdo al formato establecido. 2. Copia discriminada de los soportes de pago de los aportes mensuales obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, sobre un Ingreso Base de Cotización del 40 % del valor mensual del contrato, con aporte del 16 % en pensiones y al 12. 5 % en salud. El soporte de pago del aporte mensual obligatorio al Sistema General de Riesgos Laborales, conforme lo establece la normatividad legal vigente y de acuerdo a la afiliación efectuada a la A.R.L. 3. formato anexo "3. Datos Generales" 4. (señalar los demás que cada Unidad Ejecutora considere viables aportar para el correspondiente pago)
15. CONSTANCIAS	En el presente informe se deja constancia que el/la contratista cumplió con las obligaciones contractuales y legales reguladas para este tipo de contrato y como consecuencia se recibe a satisfacción de forma **PARCIAL** X ☐ **TOTAL** ☐ Así mismo, se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral.
16. RECOMENDACIONES	SE INVITA AL CONTRATISTA A CONTINUAR CON SU CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
17. CONCLUSIONES	EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO Nº 153-DINOR-2020

Para constancia se firma en: Villavicencio, 31 Octubre de 2020

FIRMA SUPERVISOR: _____

GRADO – NOMBRE COMPLETO: TE. JANETH LORENA SALAS LIBARES

CARGO: COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DINOR

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40395071		DIAZ NIETO JAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	super manzana 20 mz 1 cs 5	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	1000000548	9410042783	1	2020/09/16	2020/09/18	BANCO BOGOTA	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae vsp sln ige lma vac avp vct cor ivl irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
1	CC	40395071	DIAZ JAQUELINE	230201	30	$877,803	$140,500	CCFC55	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0	No	$271,700
Total			**Afiliados(1)**			$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40395071		DIAZ NIETO JAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	super manzana 20 mz 1 cs 5	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	1000000548	9410042783	1	2020/09/16	2020/09/18	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

Escaneado con CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION SANIDAD
"HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE"
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

EL AREA DE FISIOTERAPIA Y SST.

CERTIFICA QUE:

La señora JAQUELINE DIAZ NIETO. Identificada con cedula de ciudadanía numero 40.395.071, realizó a satisfacción la encuesta de identificación de desórdenes musculo esqueléticos, aplicada por la fisioterapeuta ANDREA CASTRO el día 08 de Septiembre del presenta año.

Dra. Andrea Castro A
Fisioterapia
CC 52.231.40[illegible]

ATT:
ANDREA CASTRO
FISIOTERAPEUTA DMORI

Escaneado con CamScanner