Bogotá D.C 30 de junio de 2019

REGIMEN SIMPLIFICADO
SOLICITUD DE PAGO No.005
RUT No. **10.395.056**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION GENERAL SANIDAD MILITAR
CENTRO DE MEDICINA NAVAL
NIT 830.039.670.-5

DEBE A:

WILFREDO DE JESUS TORTELLO BARRERO
CCNo. 10.395.056

La suma de: OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($882.684.00).

Por concepto: Prestación de Servicios de AUXILIAR ENFERMERIA para el Área de **SALAS DE CIRUGIA** del Centro de Medicina Naval y en virtud de los servicios prestados desde el 01 al 30 de JUNIO de 2019, en desarrollo del contrato No.018-DGSM-DISAN-CEMED-2019.

En cumplimiento del requisito contemplado en el artículo 5 del Decreto-Ley 129 de enero de 2010, manifiesto expresamente que he realizado mis aportes al sistema de seguridad social y pensiones mediante la planilla integrada de liquidación de aportes No. 8654050133 del mes de MAYO de 2019.

INFORMACION PARAFISCAL PARA BASE DE DEDUCCIONES	
APORTE A SALUD	103.600,00
APORTE A PENSIÓN	132.500,00
APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN	
ARP	20.200,00
INTERESES	-
TOTAL	**256.300,00**

Mi numero de cuenta de ahorros es _____ del Banco _____

De igual forma certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes realizados a salud, SI ( ) NO (x) han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

Wilfred Tortello B _____ **(Espacio para la firma)**
NOMBRE: WILFREDO DE JESUS TORTELLO BARRERO
C.C. 10.395.056
DIRECCIÓN:
TELÉFONO FIJO: CELULAR:
CORREO ELECTRONICO:

DR. JOHN JAIRO HERNÁNDEZ CASTAÑEDA
MEDICO ANESTESIÓLOGO
ESP. DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
R.M. 13724367

_____ **(Espacio para la firma)**
NOMBRE:
Supervisor contrato No.018-DGSM-DISAN-CEMED -2019

Anexo: PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES

Nota: Por favor lea detenidamente las instrucciones para el diligenciamiento del formato, en el que usted encuentra instrucciones generales (color negro) y específicas (color Gris). Las de color negro no las cambie ni elimine, las de color Gris las elimina del documento antes de imprimir.

No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral, use la paginación descrita en éste instructivo.

Yo, WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO identificado con Cedula de Ciudadanía N° 1.012.319.319 de BOGOTA en mi condición de contratista, y vinculado bajo las disposiciones de las la Ley 80 de 1193 y Ley 1150 de 2007 a la Dirección General de Sanidad Militar – CEMED, mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo a la Gestión N° 018- DGSM – DISAN – CEMED - 2019, me permito presentar el informe de las actividades desarrolladas durante EL MES DE JUNIO, de acuerdo a las obligaciones ESPECIFICACIONES TÉCNICAS señaladas en el Contrato Electrónico, de la Siguiente manera:

1. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES

Número	Obligaciones – Especificaciones Técnicas o Entregables del contrato	Evidencia del cumplimiento Describir detalladamente el cumplimiento de cada obligación, (No se limite a escribir "se cumplió")
1	PRESTACION DE SERVICIOSA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	HORAS TRABAJADAS 108

Igualmente manifiesto que he dado cumplimiento a los pagos al Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes y para efectos de verificación por parte del supervisor, anexo a la presente copia de la planilla de aportes en estado pagada, como se evidencia el valor aportado por cada concepto, fecha de pago y periodo cotizado.

Nota: Corresponde al Supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas y reportadas en el informe, así como el seguimiento Administrativo, Técnico y Financiero, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011.

Atentamente,

Wilfred Tortello B
Firma Contratista
Nombre Completo Contratista
Identificación del contratista

DR. JOHN JAIRO HERNÁNDEZ CASTAÑEDA
MEDICO ANESTESIÓLOGO
ESP. DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
R.M. 13724367

Firma del Supervisor
Grado Nombre del Supervisor
Cargo

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
IDENTIFICACION:	CC-1012319319
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-06-05
FECHA DE PAGO:	2019-06-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2019-05
PERIODO SALUD:	2019-05
NUMERO PLANILLA:	8654050133
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8658185536
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 103,600	$ 103,600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 132,500	$ 132,500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 20,200	$ 20,200
		Total a pagar		$ 0	$ 256,300	$ 256,300