TIC

FORMATO UNICO PARA PAGO A CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES

Contratante: **FONDO UNICO TIC**

SUBDIRECCIÓN FINANCIERA
GRUPO DE TESORERIA

I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR

Fecha de Diligenciamiento		
AA	MM	DD
2023	11	10

Supervisor	
Nombre:	
Cargo:	Coord. GIT de enfoque regional - CLAUDIA RAMIREZ

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista

PALACIOS MENA ENUER RUBIELA		N° C.C.	54.258.623
Cuenta Bancaria Registrada para pagos del contrato			
53600086665	tipo cuenta	Ahorro	Entidad financiera: BANCOLOMBIA S.A.

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO (MM/DD/AAAA)		REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT	
Número de Contrato	1206-2023	Ciudad de RetelCA	QUIBDO
Numero de Registro Presupuestal	341423		
Fecha del Registro Presupuestal	10/25/2023	¿Es Responsable de IVA?	NO
Fecha de Aprobación de la Póliza	10/31/2023		
afiliado ARL	SI	¿Es facturador Electrónico?	NO
Inicio de Ejecución Contractual	10/31/2023	Plazo de Ejecución Hasta	12/31/2023

Son declarantes del impuesto sobre la renta quienes en la vigencia fiscal anterior al año en curso recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS y patrimonio superior a 4,500 UVTS .
Se consideran como no responsables del Iva en función de unos topes mínimos de ingresos y otros conceptos señalados por el parágrafo 3 del artículo 437 del estatuto tributario.

OBJETO CONTRACTUAL:

1500099- Prestar servicios profesionales para fortalecer el relacionamiento y presencia de la entidad en el territorio, como apoyo transversal a las diferentes áreas del Ministerio y el sector, con el propósito de promover el uso y apropiación de las

III. VERIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	adjuntar obligatorio mes anterior*5.
Periodo Liquidado (Planilla):*3 y *4	**SEPTIEMBRE**

El Valor del IBC debe ser el 40% de los INGRESOS del respectivo mes: *2

SI adjunta la planilla del mes objeto de cobro. APLICA PARA DEPURAR RETENCION EN LA FUENTE "ES OPCIONAL"
Es obligatorio adjuntar la del mes anterior.

Notas:

***1.** El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMMLV (1%) *ARL = Riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960% *AFC = Fondo de Ahorro Vivienda y Construcción.

***2.** La cotización de los trabajadores independientes contratistas de prestación de servicios, se debe efectuar sobre una base de cotización mínima de un 40 % del valor de los ingresos mensuales.

***3.** El aporte a la Seguridad Social correspondientes al mes o fracción de mes objeto de cobro presentada en estado pagada, se tendrá en cuenta para la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente a título de impuesto de renta y de ICA, de conformidad con lo establecido en el artículo 1.2.4.1.16 y 1.2.4.1.7 del Decreto 1625 de 2016, el Concepto 1195 de 2009 de la Dirección de Impuestos Distritales de la Secretaría Distrital de Hacienda en línea con lo dispuesto en el concepto No. 100208221 del 9 de enero de 2020 de la DIAN.

***4. Siempre debe** adjuntar la planilla de la seguridad social mes vencido en estado pagada. por no corresponder con el periodo de cobro no se tendrá en cuenta en la depuración de la retención en la fuente, pero es requisito exigible de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

*__5. Para el primer pago__ del contrato pueden adjuntar la certificación de afiliación al régimen contributivo en salud o entregar la planilla si la tienen.

IV. FACTURA Y DEDUCCIÓN SOLICITADA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA / ND / NC:

diligencie el campo de factura únicamente si es responsable de facturar

Valor que solicita como deducción AFC	**$**	**Valor que solicita como deducción AVP**	**$**

Nota: Si realizo el aporte directamente a la Entidad Financiera. Debe adjuntar comprobante del mes objeto de cobro

Entidad Financiera		**Entidad Financiera**	
Número de Cuenta		**Número de Cuenta**	

diligencie estos campos únicamente si hace aportes por estos conceptos

V. VERIFICACIONES FINALES (Obligatorio diligenciamiento)

El contrato se encuentra en proceso para cesión	No	Certificamos contratista y supervisor que este trámite de pago no se encuentra afectado por terminación o cesión del contrato. De haber marcado SI en alguna de las casillas adjuntamos el documento correspondiente que establece la fecha en la cual se dará el cambio contractual.
El contrato se encuentra en proceso de terminación anticipada	No	
Nota: si no diligencia este campo será devuelto su tramite	Colocar SI O NO	**Si marco SI debe adjuntar documento que indique la fecha de terminación anticipada junto con paz y salvos correspondientes. En el caso de cesión adjuntar documento del mismo que indique fecha hasta la cual usted tuvo su contrato activo a su nombre**

VI. RESPONSABLES DE FIRMAR- PERIODO DE COBRO, CERTIFICACIONES Y VALOR AUTORIZADO

En mi calidad de Contratista declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada de la planilla de seguridad social es correcta y que los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales, **corresponden a los ingresos provenientes del contrato relacionado en la información contractual** del presente formato, y que los mismos deberán ser aplicados acorde con la normativa establecida para efectos de la depuración de la retención en la fuente, siempre y cuando correspondan al mismo mes objeto de cobro.	**Firma del Contratista** **(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)** **PALACIOS MENA ENUER RUBIELA** **C.C.** 54.258.623

MES DE COBRO **OCTUBRE**

El suscrito Supervisor certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, he recibido y aprobado los entregables en los términos y tiempo pactados, los cuales se verificaron y aprobaron para el período certificado, conforme a las condiciones de pago. Así mismo, se verifico el cumplimiento del pago de la planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad y riesgos profesionales por parte del contratista. De igual manera certifico que he aprobado el informe de actividades mensual correspondiente al periodo de pago en formato (GCC-TIC-FM-055) y se enviaran a la carpeta del Contrato SECOP y lugar dispuesto por la entidad. Por lo tanto, autorizo el pago por de los honorarios a favor del contratista por el valor de:

$ **266.667,00** **DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MONEDA CTE**

VII. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS QUE DEBERA ADJUNTAR AL TRAMITE		
Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar) **Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos**	**Supervisor (1)** **(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)**	**Supervisor (2)** **(Se entiende firmado con la gestión de firmas a través de INTEGRATIC)** **Esta casilla únicamente en el evento de tener asignado un supervisor adicional**
Formato informe mensual de Actividades del contratista (GCC-TIC-FM-O55) **Si es terminación o ultimo pago por cesión debe adjuntar paz y salvo y obligatoriamente la seguridad social del último mes del contrato**	**Coord. GIT de enfoque regional - CLAUDIA RAMIREZ** **CARGO Y NOMBRES Y APELLIDOS:**	**CARGO NOMBRES Y APELLIDOS:**

INFORME DE EJECUCIÓN
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS / ÓRDENES DE COMPRA

DATOS DEL CONTRATO			
No. Contrato-Año	**Dependencia**	**No. Identificación del contratista**	**Nombre del Contratista**
1206-2023	Oficina de Fomento Regional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones Grupo Interno de Trabajo de Enfoque Regional	54258623	ENUER RUBIELA PALACIOS MENA

Objeto contractual	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER EL RELACIONAMIENTO Y PRESENCIA DE LA ENTIDAD EN EL TERRITORIO, COMO APOYO TRANSVERSAL A LAS DIFERENTES AREAS DEL MINISTERIO Y EL SECTOR, CON EL PROPOSITO DE PROMOVER EL USO APROPIADO DE LAS TIC, FOMENTAR LA GESTION DE PROYECTOS DE INVERSION EN BENEFICIO DE LA POBLACION Y CONTRIBUIR AL CIERRE DE LA BRECHA DIGITAL.	**Valor inicial del contrato/orden de compra**	$ 20.000.000,00

Fecha de suscripción	Plazo (días)	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Período de reporte	Nombre del supervisor	Cargo del supervisor	No. Identificación del supervisor
31/10/2023	61	31/10/2023	31/12/2023	**octubre-2023**	CLAUDIA ANGELICA RAMIREZ SALAMANCA	COORDINADORA GIT ENFOQUE REGIONAL	**51981503**

SEGUIMIENTO DE RECURSOS Y MODIFICACIONES AL CONTRATO					
Seguimiento de Recursos/Modificación Contractual	**Registro Presupuestal No.**	**Fecha creación/operación del RP o Fecha de Modificación Contractual**	**Tiempo en días (en caso de suspensión, otrosí o prórroga)**	**Valor**	**Justificación de la operación de recursos o modificación contractual (para el registro presupuestal inicial no es necesario escribir la justificación)**
RP inicial del contrato de prestación de servicio/orden de compra	**341423**	25/10/2023		$ 20.000.000,00	
TOTAL OPERACIONES/MODIFICACIONES (no se tienen en cuenta los ítems relacionados con el valor inicial del contrato)				**$ -**	

NOMBRE DEL CEDENTE		**No. Identificación**		**Monto aún sin ejecutar, al momento de la cesión:**	
NOMBRE DEL CESIONARIO		**No. Identificación**			

Cuando se realice una cesión, se debe indicar en los espacios destinados a tal fin, la información relacionada con la póliza y el registro presupuestal, la información de este formato debe incluir la totalidad de la información del contrato.

Terminación anticipada	Fecha terminación	Acta de terminación				Fecha del acta de terminación anticipada
		SI		NO		

Contrato	1206-2023					
INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE						
					Valor Total de Contrato	**$ 20.000.000**
Pagos programados		**Desembolsos realizados y ejecución financiera acumulada**				
Fecha	**Valor**	**Fecha Orden de Pago**	**No. Orden de Pago**	**%**	**Valor Orden de Pago ($)**	**Observaciones aclaratorias**
08/11/2023	$ 4.000.000,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
08/12/2023	$ 8.000.000,00	dd/mm/aaaa		0,00%		
23/12/2023	$ 8.000.000,00	dd/mm/aaaa		0,00%		

TOTALES	**$ 20.000.000,00**	**Ejecución financiera acumulada:**	**0,00%**	**$ 0,00**	

SALDO POR GIRAR	100,0%	$ 20.000.000

EJECUCIÓN CONTRACTUAL: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES						
Obligaciones específicas del contrato		**Ponderación en el contrato**	**Actividades realizadas**	**% avance del mes**	**% avance acumulado**	**(%) pendiente de ejecución**
OBLIGACIÓN 1:	Apoyar las actividades encaminadas a hacer promocion de la oferta institucional del Minissterio en el departamento de ejecución del contrato, de conformdad con las instrucciones del supervisor.	8,33%	31/10/2023 Se realizó una sesión de inducción sobre temas administrativos frente a la revisión de los formatos de acta de reunión, listado de asistencia y el informe de gestión. Adicionalmente, se abordaron temas relacionados con la formulación de estrategias para obtener mayor productividad en el desarrollo de las actividades. También, se recibieron algunas recomendaciones en torno a la articulación con las entidades territoriales, se enunciaron los programas de la oferta institucional y se recibieron archivos de consulta sobre los mismos (Soporte de la ejecución en Secop II, Formatos de informe de gestión, acta de reunión y listado de asistencia, Articulación de enlaces regionales)	0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 2:	Prestar apoyo en las actividades que el ministerio adelanta frente al despliegue de infraestructura de telecomunicaciones en los territorios.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 3:	Apoyar la gestión necesaria ante las entidades territoriales para la promoción de la creación y/o fortalecimiento de la institucionalidad TIC conforme a los protocolos y planes de acción que maneja el ministerio.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 4:	Proponer, gestionar, adelantar y hacer seguimiento a actividades de agenda regional del sector TIC, según corresponda a los cronogramas y actividades planeadas de manera presencial en región por parte del Ministerio en el departamento de ejecución del contrato.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 5:	Gestionar y promover alianzas que permitan la confinanciación de proyectos, planes, programas y/o políticas orientadas al cierre de la brecha digital en el departamento de ejecución del contrato.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 6:	Apoyar el relacionamiento con población indígena; afrodescendeintes, raizales y palenqueeros; rom, campesinos, víctimas del conflicto armado, mujeres, jóvenes, LGTBIQ, líderes y lideresas defensores de Derechos Humanos y demás colectivos sociales, con el fin de identificar sus necesidades TIC en el departamento.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 7:	Atenderespacios interinstitucionales para la construcción, ejecución y socializsción de los proyectos, programas y políticas con enfoque diferencial.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 8:	Apoyar las actividades adelantadas en territorio enfocadas a la política de paz..	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 9:	Apoyar y atender a los prestadores de servicios de telecomunicaciones identificados en región.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 10:	Asistir y participar en los comités, reuniones, mesas de trabajo y demás instancias que sean requeridas por el supervisor del contrato relacionadas con el objeto contractual.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 11:	Asumir los gastos en que incurra por cocepto de viajes nacionales e internacionales, cuando por necesidades del servicio deba trasladarse.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
OBLIGACIÓN 12:	Las demás actividades que sean inherentes a la naturaleza del contrato.	8,33%		0,14%	0,14%	8,20%
	Ponderación de servicios	**100%**	**% de avance general del contrato**	**1,64%**	**1,64%**	**98,36%**

ENTREGABLES DEL CONTRATO (ACUMULADOS)			
Productos o servicios a entregar	**Fecha de entrega programada**	**Anexo al informe del mes de**	**Observaciones**

DIFICULTADES TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS, FINANCIERAS, CONTABLES Y JURÍDICAS PRESENTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL							
Causas	**Tipo de dificultad**	**Alternativa de Solución**			**Fecha solución**	**Gestión**	**Resultados**
¿Se materializó alguno de los riesgos previsibles contractuales?	SI		NO				

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DEL SUPERVISOR			
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES			
Contratista:		**Supervisor:** Certifico que las actividades relacionadas corresponden a las pactadas en el contrato y que el contratista dio cumplimiento durante el período ejecutado al pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con las normas legales vigentes. Me comprometo a incorporar este informe al Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP) y a reportar el avance a Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	
FIRMA O NÚMERO DE FACTURA		FIRMA	
fecha	31/10/2023	fecha	31/10/2023
"Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del MinTIC (www.mintic.gov.co), la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios".			

Original: Expediente del Contrato

Copia: Oficina para la Gestión de Ingresos del Fondo (Cargue en herramienta establecida por la Oficina para este fin)

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ENUER RUBIELA PALACIOS MENA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **54258623,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/1999** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de octubre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Enuer Rubiela Palacios Mena** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **54258623,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 54258623
NOMBRES Y APELLIDOS	Enuer Rubiela Palacios Mena
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	16/07/1972
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2020
NIVEL SISBEN	No aplica

EMPLEADOR(ES)*

CEDULA DE CIUDADANIA 54258623 Trabajador Independiente Desde 01/04/2021 - Vigente

Generado por mlmarin 10/10/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Powered by CamScanner

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 54258623		PALACIOS MENA ENUER RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	aseguradorasfamilia@gmail.com	QUIBDO-CHOCO	3116314130

Clave: 9458747101

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2023/11/07	0	$0	$1,140,000
2023/11/08	0	$0	$1,140,000
2023/11/09	1	$1,200	$1,141,200
2023/11/10	2	$2,300	$1,142,300
2023/11/14	6	$6,900	$1,146,900
2023/11/15	7	$8,000	$1,148,000
2023/11/16	8	$9,100	$1,149,100
2023/11/17	9	$10,300	$1,150,300
2023/11/20	12	$13,700	$1,153,700
2023/11/21	13	$14,800	$1,154,800

Periodo Pensión: 2023-10 **Periodo Salud: 2023-10**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$640,000
COLPENSIONES		1	$640,000
EPS	1	1	$500,000
SANITAS		1	$500,000
SUBTOTAL			$1,140,000
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$1,140,000

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas
Banco de Occidente
Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty
éxito
SURTIMAX
Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 54258623		PALACIOS MENA ENUER RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 28 A N 27D 36	QUIBDO-CHOCO	6710980	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10		9458747101	I	2023/11/08			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$1,140,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$1,140,000
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)																					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$1,140,000
1	CC	54258623	PALACIOS ENUER																	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$1,140,000
Total		**Afiliados(1)**																			$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$1,140,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 54258623		PALACIOS MENA ENUER RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 28 A N 27D 36	QUIBDO-CHOCO	6710980	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10		9458747101	I	2023/11/08			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$640,000	$0	$0	$640,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$640,000	$0	$0	$640,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,000	$0	$0	$500,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$500,000	$0	$0	$500,000
TOTAL				**1**	**$1,140,000**	**$0**	**$0**	**$1,140,000**

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

Enuer Rubiela Palacios Octubre 1206-2023

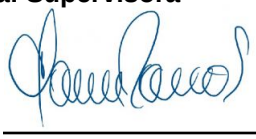
Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones
gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20231128-184315-518801-34407076 Creación: 2023-11-28 18:43:15

Estado: Finalizado Finalización: 2023-11-29 09:55:27

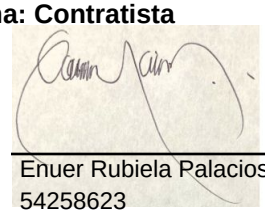
Escanee el código para verificación

Firma: Supervisora



CLAUDIA ANGELICA RAMIREZ SALAMANCA
51981503
cramirezs@mintic.gov.co
Coordinadora GIT Enfoque Regional
OFRTIC

Firma: Contratista



Enuer Rubiela Palacios Mena
54258623
choco2@mintic.gov.co
Enlace regional Chocó
FUTIC

REPORTE DE TRAZABILIDAD

Enuer Rubiela Palacios Octubre 1206-2023

Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones
gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20231128-184315-518801-34407076 Creación: 2023-11-28 18:43:15

Estado: Finalizado Finalización: 2023-11-29 09:55:27

Escanee el código para verificación

TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Firma	Enuer Rubiela Palacios Mena choco2@mintic.gov.co Enlace regional Chocó FUTIC	Aprobado	Env.: 2023-11-28 18:43:16 Lec.: 2023-11-29 09:21:13 Res.: 2023-11-29 09:21:46 IP Res.: 191.102.109.38
Firma	CLAUDIA ANGELICA RAMIREZ SALAMANCA cramirezs@mintic.gov.co Coordinadora GIT Enfoque Regional OFRTIC	Aprobado	Env.: 2023-11-29 09:21:46 Lec.: 2023-11-29 09:46:27 Res.: 2023-11-29 09:55:27 IP Res.: 190.71.137.3