HAGAMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	23 de octubre del 2023	Periodo de Pago:	Del	29/08/2023	Al	28/09/2023	
Contrato No. y Fecha:	2564 del 27 de junio de 2023						
Contratista:	Juan Bautista Aya Rozo				c.c. o Nit.	7.787.495	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
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)	X	N/A	X	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)	N/A	N/A	N/A	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):	**Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos M/CTE ($4.200.000)**

Cordialmente,

Nombre:	OSWALDO RODRIGUEZ ROMERO	Nombre:	DANIELA DEL PILAR GAITÁN GARZÓN
Cargo:	ASESOR GRADO 1	Cargo:	SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS Y PAZ
	Supervisor		Ordenador del Gasto

17573 23OCT'23

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	**CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS**	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

ASISTENCIA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO DEL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2022005500196**

Observaciones: Proyecto POAI-2023- según decreto 159 de 2023.

En la fecha 15 de junio de 2023, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DERECHOS HUMANOS Y PAZ*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***Hagamos Grande al Meta 2020-2023***":

DIMENSIÓN 3. HAGAMOS GRANDE AL META EN LO SOCIAL.	SECTOR 41: INCLUSIÓN SOCIAL.	4101 Programa 1. Prevención, Asistencia, Atención y Reparación Integral a las Victimas del Conflicto Armado. .	Componente Constitutivo: Fortalecimiento a la Atención de las Víctimas en el CRAV .	Meta 1. Atender 80.000 solicitudes por canal presencial en el Centro Regional de Atención a Víctimas CRAV. .

1.Actividad o componente a ejecutar: *Garantizar la atención de solicitudes por medio del centro regional de atención a victimas.*
Objeto del gasto: *Brindar acciones para garantizar el seguimiento y atención a victimas del conflicto armado en acompañamiento con las entidades del SNARIV en el municipio de Villavicencio.*
Valor: $16,800,000.00.
Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion-Recursos del Balance

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 16 de junio de 2023

DIEGO MAURICIO GALVIS WOLF
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	2564 DEL 27 DE JUNIO DE 2023		
Contratista:	JUAN BAUTISTA AYA ROZO	Nit./c.c.	7.787.495
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	OSWALDO RODRÍGUEZ ROMERO	c.c.	17.346.407
Objeto:			
"BRINDAR ACCIONES PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN ACOMPAÑAMIENTO CON LAS ENTIDADES DEL SNARIV EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO".			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($16.800.000)		
Término Inicial de Ejecución:	CUATRO (4) MESES		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	29/06/2023	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	28/10/2023

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)	N/A
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 pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: **CUATRO (4)** mensualidades vencidas cada una, por el valor de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000)** previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al sistema integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que se le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	8086 DEL 27 DE JUNIO DE 2023	**Inversión**	x	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4101.1500.001.2.3.2.02.02.009-20RB				
Valor: (Letras y Números)	DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($16.800.000)				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
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:

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.

3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Proporcionar apoyo en la articulación de las acciones a desarrollar por parte de la Gerencia de Víctimas de la Gobernación del Meta en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV, para implementar la medida de atención y orientación a las víctimas en cumplimiento de la ley 1448 de 2011.
2. Brindar apoyo en la articulación que garantice la presencia de las Instituciones del SNARIV, que ofertarán sus servicios en el Centro Regional de Atención a Víctimas -CRAV de Villavicencio
3. Apoyar el seguimiento a la permanencia y atención por canales presenciales y/o virtuales que brinden las entidades del SNARIV en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio.
4. Consolidar la información de la atención que los contratistas de la Gobernación del Meta realicen en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de manera mensual.

5. Participar en representación de la Gerencia de Víctimas en la mesa de seguimiento al Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV y rendir informes cuando se requiera.
6. Proporcionar apoyo en la coordinación que permita el funcionamiento operativo del Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio, con criterios de optimización y eficiencia.
7. Reportar de manera mensual informe de las acciones ejecutadas y relación de las personas atendidas en los formatos de control de asistencia versión(Producto: diligenciar formato F-TH-41)o el que se encuentre vigente en el sistema integral de gestión de la Gobernación del meta, en base de datos entregada por la Gerencia de Víctimas.
8. Hacer uso de los formatos establecidos para el reporte de SPI y PAT, para adelantar una adecuada gestión de la información y de la documentación de la Gerencia de Víctimas, y entregar de manera física y Virtual, mensualmente. 9.
Apoyar las jornadas móviles e institucionales programadas por la Gerencia de Víctimas y/o las articuladas por la SNARIV para implementar y garantizar la medida de atención y orientación a las víctimas en cumplimiento de la ley 1448 de 2011.
10. Las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato, y que sean asignadas o requeridas por la Gerencia de Víctimas y la Secretaria de Derechos Humanos y Paz.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	29/08/2023		Al	28/09/2023			
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)	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000) M/CTE.**

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
8086	0301-2.3.41.4101.1500.001.2.3.2.02.02.009-20RB	91119	$4.200.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.200.000**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)			
En el Municipio de Villavicencio Departamento del Meta.			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
Villavicencio	30	$140.000.00	$4.200.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$4.200.000
Nota: Incluir filas si se requiere.			

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Porcentaje:	**N/A**	Observaciones:	**N/A**

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	

Primer Pago	$4.200.000	29/06/2023	28/07/2023	25.00%
Segundo Pago	$4.200.000	29/07/2023	28/08/2023	25.00%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$4.200.000	29/08/2023	28/09/2023	25.00%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$4.200.000	29/09/2023	28/10/2023	25.00%
Valor Total del Contrato Inicial	$16.800.000	29/06/2023	28/10/2023	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**	
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
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	**$16.800.000**

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 $ 1.160.000
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 de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13.5?		**X**	
9.	¿Efectúa de forma voluntaria oportuna Caja de Compensación Familiar?		**X**	
10.	¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		**X**	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**AGOSTO**
Número de Planilla	**9455905072**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.680.000**
Valor pagado a SALUD	**$210.000**
Valor pagado a PENSIÓN	**$268.800**
Valor pagado a ARL	**$17.600**
Valor pagado a FSP	**N/A**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**SEPTIEMBRE**
Número de Planilla	**9457315084**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.680.000**
Valor pagado a SALUD	**$210.000**
Valor pagado a PENSIÓN	**$268.800**
Valor pagado a ARL	**$17.600**
Valor pagado a FSP	**N/A**
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 Veintitrés (23) días del mes de Octubre de 2023.
Cordialmente,

OSWALDO RODRIGUEZ ROMERO

ASESOR GRADO 1

Supervisor

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	138452061	9455905072	I	2023/09/22	2023/09/04	BANCO DE BOGOTA	0	$496,400

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7787495	AYA JUAN																	230301	30	$1,680,000	$268,800	EPS037	30	$1,680,000	$210,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,680,000	$17,600	0	$0	$0	No	$496,400
Total	Afiliados(1)																					$1,680,000	$268,800			$1,680,000	$210,000			$0	$0			$1,680,000	$17,600		$0	$0		$496,400

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	138452061	9455905072	I	2023/09/22	2023/09/04	BANCO DE BOGOTA	0	$496,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$0	$0	$268,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$268,800	$0	$0	$268,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,000	$0	$0	$210,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$210,000	$0	$0	$210,000
TOTAL				1	$496,400	$0	$0	$496,400

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	206490016	9457315084	I	2023/10/24	2023/10/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$496,400

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7787495	AYA JUAN																	230301	30	$1,680,000	$268,800	EPS037	30	$1,680,000	$210,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,680,000	$17,600	0	$0	$0	No	$496,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,680,000	$268,800			$1,680,000	$210,000			$0	$0			$1,680,000	$17,600		$0	$0		$496,400

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	206490016	9457315084	I	2023/10/24	2023/10/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$496,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$0	$0	$268,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$268,800	$0	$0	$268,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,000	$0	$0	$210,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$210,000	$0	$0	$210,000
TOTAL				**1**	**$496,400**	**$0**	**$0**	**$496,400**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2564 DE 2023
JUAN BAUTISTA AYA ROZO

Villavicencio, 23 de octubre de 2023

CUENTA DE COBRO N° 003

LA GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META
NIT: 892.000.148-8

DEBE A:

JUAN BAUTISTA AYA ROZO
Identificado con cedula de ciudadanía No: 7.787.495

La suma de Cuatro Millones Doscientos Mil pesos M/Cte. (4.200.000) por concepto de pago del tercer periodo de cumplimiento del contrato 2564 de 2023, cuyo objeto es "Brindar acciones para garantizar el seguimiento y atención a víctimas del conflicto armado en acompañamiento con las entidades del SNARIV en el municipio de Villavicencio" En el periodo comprendido entre el 29 de agosto de 2023 y el 28 de septiembre de 2023, por servicios prestados en Villavicencio.

Por favor consignar en la cuenta de Ahorro número 364781195 del Banco de Bogotá

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los meses agosto y septiembre de 2023 no se han utilizado en ningún otro pago.

Agradezco su colaboración.

Cordialmente,



JUAN BAUTISTA AYA ROZO
CC: 7.787.495 de San Juanito-Meta.
Dirección Cra 28A # 3A -33 Conjunto Almeda de Rosa blanca casa 17, Villavicencio-Meta.
Celular 320-3432485