MUNICIPIO DE BELLO

TESORERIA

COMPROBANTE DE EGRESO No. 235632

Beneficiario: CIRO GIL JHON ANTONIO

NIT/C.C. 71,003,479.6 **Tel:** 5820670

Fecha: 20/11/2023

Valor: 831,600 **No. Cheque:** 0

Facturas:

2311151222

ORDENES DE PAGO:

Consecutivo	Descripción	Valor($)
12670	Contrato Nro 426 De 2023. Objeto Prestacion De Servicios De Apoyo A La Gestio	831,600
	VALOR TOTAL	**831,600**

DETALLE CONTABLE :

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	550216	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6	09	840,000	
NIIF	410508	Impuesto De Industria Y Comer	71,003,479.6	09		8,400
NIIF	248004	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6			831,600
				SUMAS IGUALES	**840,000**	**840,000**

DETALLE CE:

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	248004	Acciones De Salud Públic	71,003,479.6		831,600	
NIIF	1110060219	196-72021-3 Sgp/sgsss-s				831,600
				SUMAS IGUALES	**831,600**	**831,600**

Valor en Letras OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS M.C.************************

FORMA DE PAGO: CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 00125878296 DE BANCOLOMBIA

VICTOR HUGO BOLAÑOS HERRERA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Recibe

TC1

VISTO BUENO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISION

Articulo 83 ley 1474 de 2011

CONTRATO	426	2023	FECHA DE INICIO SECOP II	2/03/2023	NOMBRE DEL SUPERVISOR	JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA

INFORMACION DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista	JHON ANTONIO CIRO GIL			
Número de Identificación Tributaria	71.003.479	DV	-	6

INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES.FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR..

LUGAR DE EJECUCION	MUNICIPIO DE BELLO	N° CUENTA BANCARIA	00125878296	BANCO	BANCOLOMBIA
				TIPO DE CUENTA	AHORROS

OTROS DATOS	DP	RP	VALOR	PLAZO
Inicial	0207	1113	19.600.000	7 Meses
Adición - 1	0898	5030	6.253.333	2 Meses y 7 Días
Adición - 2				Meses
Adición - 3				Meses
Adición - 4				Meses
Adición - 5				Meses
Adición - 6				Meses
Valor y tiempo final del contrato			25.853.333	9 Meses y 7 Días

CONCEPTO DEL SUPERVISOR

El contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y obligaciones contratadas en el periodo o actividad para el cual se autoriza el pago, de manera satisfactoria con su objeto contactual en cuanto a oportunidad, calidad y profundidad de los informes presentados.	X	SI
Se verifico el pago de la seguridad social, según planilla anexa, sobre la base del 40% del valor autorizado de pago y se verificó planilla de afiliacion a seguridad social y arl para la primera cuenta de cobro.		NO

NUMERO DE PAGO POR LO CUAL SE AUTORIZA:	8
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL VALOR CONTRATADO:	75,81%

No. Factura-Cuenta de cobro	8	Valor del pago:	840.000	Saldo del contrato:	6.253.333

EJECUCION PRESUPUESTAL

CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO	CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO
521	1113	840.000	-			-	-
916	5030	-	6.253.333			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-

12436
13 NOV 2023

75133

		-	-			-	-
		-	-			-	-

VALOR TOTAL A GIRAR	840.000	SALDO DEL CONTRATO	6.253.333

CONTROL FINANCIERO

ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO
1	30/03/23	1.960.000	16		
2	30/04/23	2.800.000	17		
3	30/05/23	2.800.000	18		
4	30/06/23	2.800.000	19		
5	30/07/23	2.800.000	20		
6	30/08/23	2.800.000	21		
7	30/09/23	2.800.000	22		
8	30/10/23	840.000	23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		
TOTAL PAGOS AUTORIZADOS				**19.600.000**	

OBSERVACIONES O CONCEPTO DEL PAGO

Durante el periodo 01 al 05 de octubre de 2023, el contratista realizo actividades comprendidas en el objeto contractual, y de conformidad con el informe presentado, determinandose a satisfacción el cumplimiento del mismo, se paga por la cuenta del banco popular 22019672021-3.

FECHA CERTIFICACIÓN:	30 de octubre de 2023

JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA
Nombre Completo Supervisor y/o Interventor del contrato

Dependencia:	SALUD PUBLICA	Secretaría de Salud
Celular:	3146376620	

FORMATO DE PAGO

NOMBRE COMPLETO		No FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	Consecutivo de Pago
JHON ANTONIO CIRO GIL		008	008
CEDULA	DIGITO VERIFICACION		
71003479	- 6	FECHA EXPEDICIÓN FACTURA	
DIRECCIÓN		lunes, 30 de octubre de 2023	
CRA 63 # 66 c-35			
TELÉFONO		NUMERO DE CONTRATO:	AÑO DE CONTRATO
3206646725		426	2023
CIUDAD		Régimen Simple	
BELLO			

Señor (es):	MUNICIPIO DE BELLO	Nit:	890.980.112-1
Dirección:	CARRERA 50 # 51 - 00	Teléfono:	604 79 44

Fecha inicial periodo a facturar:	1/10/2023	Fecha final periodo a facturar:		9/10/2023
Lugar ó area donde se presta el servicio:	SALUD PUBLICA		SECRETARIA	Secretaría de Salud
N° DE CUENTA	00125878296	TIPO DE CUENTA	AHORROS	BANCOLOMBIA

OBJETO DEL CONTRATO	VALOR TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES.FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR..	840.000

Manifiesto bajo gravedad de juramento que he cotizado los aportes correspondientes a la seguridad social de acuerdo a la siguiente información y **NO** han sido restados de la base de retención a titulo de renta en otros contratos a mi nombre (articulo 617 del Estatuto Tributario)

$ 768.500	, planilla pila #:	9457779219	, mes cotizado.	octubre

Para efectos de depuracion de la base aplicable para retención en la fuente, manifiesto bajo gravedad de juramento y anexo, lo siguiente:	SI	NO
1. No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores.		X
2. Tengo dependiente de Ley 1607/2012 para efectos de deducción de retención en la fuente a titulo de renta. (Parag. 2 articulo 387 E.T), **anexo soportes según la ley.**		X
3. Realicé pagos de intereses en prestamo para adquisición de vivienda del año inmediatamente anterior, **anexo certificado bancario**		X
4. Realicé pagos por Medicina prepagada o póliza de seguros, **anexo certificado**		X
5. Realicé los pagos Obligatorio al Sistema General de Seguridad Social, **anexo planilla**	X	
Para efectos de depuracion de la base aplicable para retenciónpor industria y comercio, manifiesto bajo gravedad de juramento que ejerzo una profesión liberal		X

FIRMA CONTRATISTA:	Vo. BO, SUPERVISOR
JHON ANTONIO CIRO GIL	JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA
CONTRATISTA	SALUD PUBLICA

El presente documento se asimila para todos sus efectos a una letra de cambio según art- 774 del Código de Comercio

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	BELLO-ANTIOQUIA	5820674	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	229583529	9457770219	I	2023/11/21	2023/10/20	BANCOLOMBIA	0	$768,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			$0	$0			[illegible]	[illegible]		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0
Ciudad: BELLO Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0
1	CC	71003479	CIRO JHON	25-14	30	$2,600,800	$416,200	EPS010	30	$2,600,800	$325,100		0	$0	$0	14-11	30	$2,600,800	$27,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	BELLO-ANTIOQUIA	5820674	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	229583529	9457770219	I	2023/11/21	2023/10/20	BANCOLOMBIA	0	$768,500

RESUMEN DE PAGO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,200	$0	$0	$416,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$416,200	$0	$0	$416,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,200	$0	$0	$27,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,200	$0	$0	$27,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,100	$0	$0	$325,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$325,100	$0	$0	$325,100
[illegible]				1	$768,500	$0	$0	$768,500

2023/10/20 10:32 AM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: DIANA MARCELA ESCOBAR CIRO

Nro. de recibo: 9457770219

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9457770219

Identificación del contribuyente: 181.51.33.16

Concepto: CC

Razón Social: 71003479

Fecha y hora de la transacción: Viernes 20 de Octubre de 2023 10:10:10 AM

Nro. de comprobante: 0000017732

Valor pagado: $ 768,500.00

Producto: *******6794

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1210 - El resto del país 01 800 00 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 963 717 - Estados Unidos 1888 375 9714. En caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos mediante mensajes de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a comunicacionesphishing@bancolombia.com

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PERSONAL CONTRATISTA

Código:	1140-02
FECHA DEL INFORME:	10/10/2023
PROCESO:	SALUD PUBLICA
PROGRAMA/AREA:	SALUD AMBIENTAL / SECRETARIA DE SALUD
N° CONTRATO:	428 DE 2023
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES,FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR.
NOMBRE CONTRATISTA:	JHON ANTONIO CIRO GIL
DOC. IDENTIDAD:	71.003.479
N° PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL:	9457770219
FECHA: 20/10/2023	
MES REPORTADO:	DEL 01 AL 09 DE OCTUBRE

SEMANA	LUGAR	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS, ANEXOS U OBSERVACIONES
PRIMERA SEMANA	BELLO-ANTIOQUIA	1- Realizar visitas y acciones de inspección, vigilancia y control a establecimientos de interés sanitario, del programa salud ambiental, (50 VISITAS PROGRAMADAS) 2- Efectuar pruebas, análisis, diagnósticos y emitir conceptos del estado higiénico y sanitario de establecimientos y de espacios que puedan generar riesgos para la salud humana a efectos de medio ambiente as larvas de influenza del Municipio de Bello. 3- Cumplir y ejecutar las medidas de prevención, mejoramiento y control de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, alimentos y las prevalentes por elementos bióticos que se encuentran en el medio ambiente dentro del área de influencia. 4- Ejecutar actividades de formación y educación en saneamiento básico ambiental, dirigidas a la comunidad en general. 5- Elaborar análisis, diagnósticos y control del cumplimiento de las normas del manejo de equipos generales, recreación y deportivos de los establecimientos y eventos de elementos bióticos en el área de influencia y proponer nuevas prácticas o alternativas de solución cuando la situación lo requiera. 6- Atender a los usuarios de la dependencia en temas de su competencia y dar respuesta a los PQRSD que le sean asignados. 7- Participar en reuniones, mesas de trabajo y actividades programadas dentro o fuera de la institución, donde se adquieran temas relevantes a su área de competencia. 8- Continuar con la formulación, desarrollo y ejecución de planes, programas y actividades propias de la Dependencias, en la que se requiera su participación. 9- Prestar apoyo en los análisis, estudios e investigaciones que la entidad lleve a cabo relacionados con problemas para la oportuna realización de los planes, programas, proyectos establecidos. 10- Recopilar y sistematizar información para presentar en forma oportuna, exacta y de acuerdo con las instrucciones recibidas, los informes que por su competencia le sean requeridos. 11- Disponer del soporte documental necesario para comprobar la realización de actividades laborales	1. Se realizan 10 visitas de inspección vigilancia y control IVC a los prestadores de servicios independientes en salud como consultorios medicos, odontologicos, laboratorios clinicos consultorios de optometria, centros de tatujes y piercing, SPA de uñas y centros de estetica sujetos de interes sanitario en las comunas # 2, 4, 5 del Municipio de Bello.	6,97%	Planillas de asistencia, Actas de IVC físicas y Actas de IVC cargadas al Software del programa.
				6,97%	

Recibí a satisfacción:

Nombre y Firma del Contratista

Cedula: 71003479

Nombre y Firma del Supervisor

Cédula: 39214920

MUNICIPIO DE BELLO

TESORERIA

COMPROBANTE DE EGRESO No. 235633

Beneficiario: CIRO GIL JHON ANTONIO

NIT/C.C. 71,003,479.6 **Tel:** 5820670

Fecha: 20/11/2023

Valor: 1,940,400 **No. Cheque:** 0

Facturas:

2311151245

ORDENES DE PAGO:

Consecutivo	Descripción	Valor($)
12671	Otro Si. Adicion Y Prorroga Contrato Nro 426 De 2023. Prestacion De Servicios D	1,940,400
	VALOR TOTAL	**1,940,400**

DETALLE CONTABLE :

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	550216	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6	09	1,960,000	
NIIF	410508	Impuesto De Industria Y Comer	71,003,479.6	09		19,600
NIIF	248004	Acciones De Salud Pública	71,003,479.6			1,940,400
				SUMAS IGUALES	**1,960,000**	**1,960,000**

DETALLE CE:

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NIIF	248004	Acciones De Salud Públic	71,003,479.6		1,940,400	
NIIF	1110060219	196-72021-3 Sgp/sgsss-s				1,940,400
				SUMAS IGUALES	**1,940,400**	**1,940,400**

Valor en Letras UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M.C.************************

FORMA DE PAGO: CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 00125878296 DE BANCOLOMBIA

VICTOR HUGO BOLAÑOS HERRERA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Recibe

12/

VISTO BUENO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISION

Articulo 83 ley 1474 de 2011

CONTRATO	426	2023	FECHA DE INICIO SECOP II	2/03/2023	NOMBRE DEL SUPERVISOR	JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA

INFORMACION DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista	JHON ANTONIO CIRO GIL			
Número de Identificación Tributaria	71.003.479	DV	-	6

INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES.FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR..

LUGAR DE EJECUCION	MUNICIPIO DE BELLO	N° CUENTA BANCARIA	00125878296	BANCO	BANCOLOMBIA
				TIPO DE CUENTA	AHORROS

OTROS DATOS	DP	RP	VALOR	PLAZO
Inicial	0207	1113	19.600.000	7 Meses
Adición - 1	0898	5030	6.253.333	2 Meses y 7 Días
Adición - 2				Meses
Adición - 3				Meses
Adición - 4				Meses
Adición - 5				Meses
Adición - 6				Meses
Valor y tiempo final del contrato			25.853.333	9 Meses y 7 Días

CONCEPTO DEL SUPERVISOR

El contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y obligaciones contratadas en el periodo o actividad para el cual se autoriza el pago, de manera satisfactoria con su objeto contactual en cuanto a oportunidad, calidad y profundidad de los informes presentados.	X	SI
Se verifico el pago de la seguridad social, según planilla anexa, sobre la base del 40% del valor autorizado de pago y se verificó planilla de afiliacion a seguridad social y arl para la primera cuenta de cobro.		NO

NUMERO DE PAGO POR LO CUAL SE AUTORIZA:	9
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL VALOR CONTRATADO:	83,39%

No. Factura-Cuenta de cobro	9	Valor del pago:	1.960.000	Saldo del contrato:	4.293.333

EJECUCION PRESUPUESTAL

CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO	CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO
521	1113	-	-			-	-
916	5030	1.960.000	4.293.333			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-
		-	-			-	-

		-	-			-	-
		-	-			-	-

VALOR TOTAL A GIRAR	1.960.000	SALDO DEL CONTRATO	4.293.333

CONTROL FINANCIERO

ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO
1	30/03/23	1.960.000	16		
2	30/04/23	2.800.000	17		
3	30/05/23	2.800.000	18		
4	30/06/23	2.800.000	19		
5	30/07/23	2.800.000	20		
6	30/08/23	2.800.000	21		
7	30/09/23	2.800.000	22		
8	30/10/23	840.000	23		
9	30/10/23	1.960.000	24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		
TOTAL PAGOS AUTORIZADOS				21.560.000	

OBSERVACIONES O CONCEPTO DEL PAGO

Durante el periodo 06 al 30 de octubre del 2023, el contratista realizo actividades comprendidas en el objeto contractual, y de conformidad con el informe presentado, determinandose a satisfacción el cumplimiento del mismo, se paga por la cuenta del banco popular 22019672021-3.

FECHA CERTIFICACIÓN:	30 de octubre de 2023

JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA
Nombre Completo Supervisor y/o Interventor del contrato

Dependencia:	SALUD PUBLICA	Secretaría de Salud
Celular:	3146376620	

FORMATO DE PAGO

NOMBRE COMPLETO		No FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	Consecutivo de Pago
JHON ANTONIO CIRO GIL		009	009
CEDULA	DIGITO VERIFICACION		
71003479	- 6	FECHA EXPEDICIÓN FACTURA	
DIRECCIÓN		lunes, 30 de octubre de 2023	
CRA 63 # 66 c-35			
TELÉFONO		NUMERO DE CONTRATO:	AÑO DE CONTRATO
3206646725		426	2023
CIUDAD		Régimen Simple	
BELLO			

Señor (es):	MUNICIPIO DE BELLO	Nit:	890.980.112-1
Dirección:	CARRERA 50 # 51 - 00	Telefóno:	604 79 44

Fecha inicial periodo a facturar:	10/10/2023	Fecha final periodo a facturar:	30/10/2023
Lugar ó area donde se presta el servicio:	SALUD PUBLICA	SECRETARÍA	Secretaría de Salud
N° DE CUENTA	00125878296	TIPO DE CUENTA	AHORROS
BANCOLOMBIA			

OBJETO DEL CONTRATO	VALOR TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES.FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR..	1.960.000

Manifiesto bajo gravedad de juramento que he cotizado los aportes correspondientes a la seguridad social de acuerdo a la siguiente información y **NO** han sido restados de la base de retención a título de renta en otros contratos a mi nombre (artículo 617 del Estatuto Tributario)

$ 768.500	, planilla pila #.	9457770219	, mes cotizado.	octubre

Para efectos de depuracion de la base aplicable para retención en la fuente, manifiesto bajo gravedad de juramento y anexo, lo siguiente:	SI	NO
1. No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores.		X
2. Tengo dependiente de Ley 1607/2012 para efectos de deducción de retención en la fuente a título de renta. (Parag. 2 artículo 387 E.T), **anexo soportes según la ley.**		X
3. Realicé pagos de intereses en prestamo para adquisición de vivienda del año inmediatamente anterior, **anexo certificado bancario**		X
4. Realicé pagos por Medicina prepagada o póliza de seguros, **anexo certificado**		X
5. Realicé los pagos Obligatorio al Sistema General de Seguridad Social, **anexo planilla**	X	
Para efectos de depuracion de la base aplicable para retenciónpor industria y comercio, manifiesto bajo gravedad de juramento que ejerzo una profesión liberal		X

FIRMA CONTRATISTA:	Vo. BO, SUPERVISOR
Jhon Ciro Gil.	
JHON ANTONIO CIRO GIL	**JOHANA MARIA VALENCIA CARMONA**
CONTRATISTA	**SALUD PUBLICA**

El presente documento se asimila para todos sus efectos a una letra de cambio según art- 774 del Código de Comercio

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	BELLO-ANTIOQUIA	5820674	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	229583529	9457770219	I	2023/11/21	2023/10/20	BANCOLOMBIA	0	$768,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			$0	$0			[illegible]	[illegible]		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0
Ciudad: BELLO Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0
1	CC	71003479	CIRO JHON	25-14	30	$2,600,800	$416,200	EPS010	30	$2,600,800	$325,100		0	$0	$0	14-11	30	$2,600,800	$27,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,600,800	$416,200			$2,600,800	$325,100			$0	$0			$2,600,800	$27,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71003479		CIRO GIL JHON ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63 #66C 35	BELLO-ANTIOQUIA	5820674	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	229583529	9457770219	I	2023/11/21	2023/10/20	BANCOLOMBIA	0	$768,500

RESUMEN DE PAGO

Riesgo	Código	NIT	DV	N. Días	Valor Liquidado	Intereses Mora	Sanción Inexactitudes	Valor a Pagar
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,200	$0	$0	$416,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$416,200	$0	$0	$416,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,200	$0	$0	$27,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,200	$0	$0	$27,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,100	$0	$0	$325,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$325,100	$0	$0	$325,100
TOTAL				1	$768,500	$0	$0	$768,500

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: DIANA MARCELA ESCOBAR CIRO

Nro. de recibo: 9457770219

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9457770219

Identificación del contribuyente: 181.51.33.16

Concepto: CC

Razón Social: 71003479

Fecha y hora de la transacción: Viernes 20 de Octubre de 2023 10:10:10 AM

Nro. de comprobante: 0000017732

Valor pagado: $ 768,500.00

Producto: *******6794

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 654 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1 (888) 370 0714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PERSONAL CONTRATISTA

Código:	1140-02	FECHA DEL INFORME:	30/10/2023
PROCESO:	SALUD PUBLICA		
PROGRAMA/ÁREA:	SALUD AMBIENTAL / SECRETARIA DE SALUD		
N° CONTRATO:	426 DE 2023		
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO AGROAMBIENTAL EN SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA " SALUD AMBIENTAL " DE LA SECRETARIA DE SALUD, PLAZO 7 MESES.FORMA DER PAGO DE ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL SUPERVISOR.		
NOMBRE CONTRATISTA:	JHON ANTONIO CIRO GIL		
DOC. IDENTIDAD:	71.003.479		
N° PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL:	0457770219	FECHA: 20/10/2023	
MES REPORTADO:	DEL 10 AL 30 DE OCTUBRE		

SEMANA	LUGAR	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS, ANEXOS U OBSERVACIONES
SEGUNDA SEMANA	BELLO-ANTIOQUIA	1- Realizar visitas y asesorías de inspección, vigilancia y control a establecimientos de interés sanitario, del programa salud ambiental. (60 VISITAS PROGRAMADAS) 2- Efectuar pruebas analítica, diagnósticos y emitir conceptos del estado higiénico y sanitario de establecimientos y de elementos que puedan generar riesgos para la salud humana o dañar el medio ambiente en la zona de influencia del Municipio de Bello. 3- Cumplir y ejecutar las medidas de prevención, diagnóstico y control de enfermedades trasmitidas por vectores, zoonosis, alimentos y las prohibidas por elementos activos que se encuentren en el medio ambiente dentro del área de influencia. 4- Ejecutar actividades de formación y difusión en conocimiento básico ambiental, dirigidas a la comunidad en general. 5- Ejecutar análisis, diagnósticos y control del cumplimiento de las normas del manejo de aguas residuales, recolección y disposición de los residuos sólidos y control de olores ofensivos que en el área de influencia y proponer nuevos practicas o alternativas de solución cuando la situación lo requiera. 6- Atender a los usuarios de la dependencia en temas de su competencia y dar respuesta a las PQRSD que le sean asignadas. 7- Participar en reuniones, eventos de trabajo y actividades programadas dentro o fuera de la institución, donde se obtengan temas relacionados a su área de competencia. 8- Contribuir con la formulación, desarrollo y modificación de planes, programas y actividades propias de la Dependencia, en la que se requiera su participación. 9- Prestar apoyo en los ámbitos, estratégico y operativo, que le corresponda al área a la que pertenece para la oportuna realización de los planes, programas, proyectos e informes. 10- Recopilar y sistematizar información para presentar en forma oportuna, clara y de acuerdo con las instrucciones recibidas, los informes que por su competencia le sean requeridos. 11- Disponer del soporte documental necesario para evidenciar la realización de actividades laborales ejecutadas, (cronograma, cuantitativo y registro fotográfico). 12- Contribuir en la verificación y emisión acciones correctivas y de mejora que permitan eliminar las deficiencias detectadas en los procesos y procedimientos que la Dependencia gestiona para lograr mayor eficiencia y efectividad. 13- Apoyar la organización, preparación logística y realización de actividades programadas en la dependencia, con el fin de fortalecer su buen desarrollo. 14- El cumplimiento de todas las demás obligaciones propias de la(s) Secretaría(s) o Dependencia(s)	1. Se realizan 7 visitas de inspección vigilancia y control IVC a los prestadores de servicios independientes en salud como consultorios medicos, odontologicos, laboratorios clinicos consultorios de optometria, centros de tatujes y piroing, SPA de uñas y centros de estetica sujetos de interes sanitario en las comunas # 2, 4, 6 del Municipio de Bello.	6,67%	Planillas de asistencia, Actas de IVC fisicas y Actas de IVC cargadas al Software del programa.
TERCERA SEMANA	BELLO-ANTIOQUIA		1. Se realizan 7 visitas de inspección vigilancia y control IVC a los prestadores de servicios independientes en salud como consultorios medicos, odontologicos, laboratorios clinicos consultorios de optometria, centros de tatujes y piroing, SPA de uñas y centros de estetica sujetos de interes sanitario en las comunas # 1, 2, 4, 6 del Municipio de Bello.	6,67%	Planillas de asistencia, Actas de IVC fisicas y Actas de IVC cargadas al Software del programa.
CUARTA SEMANA	BELLO-ANTIOQUIA		1. Se realizan 7 visitas de inspección vigilancia y control IVC a los prestadores de servicios independientes en salud como consultorios medicos, odontologicos, laboratorios clinicos consultorios de optometria, centros de tatujes y piroing, SPA de uñas y centros de estetica sujetos de interes sanitario en las comunas # 2, 4, 6 del Municipio de Bello.	6,67%	Planillas de asistencia, Actas de IVC fisicas y Actas de IVC cargadas al Software del programa.
				18,2* %	

Jhon Ciro Gil.

Nombre y Firma del Contratista

Cedula: 71.003.479.

Recibí a satisfacción:

Nombre y Firma del Supervisor

Cédula: 39214929