REGIMEN SIMPLIFICADO
SOLICITUD DE PAGO No. 12
RUT No. 1 012 319 319

Bogotá D.C 31 ENERO de 2020.

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

DEBE A:

WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
CC No. 1012319319

La suma de: $931.722 (NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS)

Por concepto: Prestación de Servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA para el Area Asistencial del centro de medicina Naval y en virtud de los servicios prestados dese el 01 al 31 DE ENERO de 2020, en desarrollo del contrato No.018-DGSM-DISAN-CEMED-2019.

En cumplimiento del requisito contemplado en el articulo 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 ASOPAGOS No.8602503284 del mes de DICIEMBRE de 2019.

INFORMACION PARAFISCALES PARA BASE DE DEDUCCIONES	
APORTE SALUD	$ 103.600
APORTE PENSION	$ 132.500
APORTE CAJA DE COMPESACION	$ 16.600
ARP	$ 20.200
INTERESES	
TOTAL	$ 272.900

Mi numero de cuenta de ahorros es 008480311680 de DAVIVIENDA

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

NOMBRE: WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
CC No. 1012319319
DIRECCIÓN: Calle 65 No. 78-18
CELULAR: 3134585583
CORREO ELECTRONICO: wilfredtortello1986@gmail.com

NOMBRE: Capitan de Corbeta John Fernandez
Supervisor contratoNo.018 -DGSM-DISAN-CEMED -2019

Anexo: PLANILLA **8602503284** INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES DE DICIEMBRE DE 2019.

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:	2020-01-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-01-08
FECHA DE PAGO:	2019-12-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2019-12
PERIODO SALUD:	2019-12
NUMERO PLANILLA:	8602503284
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8658185536
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 132.500
14-11	860069700	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.200	$ 20.200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.600	$ 16.600
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.900	$ 272.900

YO WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO identificado con Cedula de Ciudadanía N°1.012.319.319 de 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 o de N° 018- DGSM – DISAN – CEMED - 2019, me permito presentar el informe de las actividades desarrolladas durante el mes de ENERO de 2020 de acuerdo a las obligaciones señaladas en el Contrato Electrónico, de la Siguiente manera:

1. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES

Número	Obligaciones – Especificaciones Técnicas o Entregables del contrato	Evidencia del cumplimiento
1	Funciones y actividades como AUXILIAR DE ENFERMERIA DE SALAS DE CIRUGIA.	114 Horas trabajadas

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

WILFRED TORTELLO BARRERO
Firma Contratista 1012319319
Nombre Completo Contratista
Identificación del contratista

Firma del Supervisor
Grado Nombre del Supervisor
Cargo

	ARMADA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
	GESTION CONTRACTUAL	
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL	
	Versión: 3.0	Fecha :25-06-2013

Acta N° 012 Correspondiente al mes de Enero de 2020

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31.01.2020
Contrato, Orden o convenioN°	018-DGSM-DISAN-CEMED-2019
Contratista	WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
Identificación (Cedula o NIt)	1.012.319.319 DE BOGOTA
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Valor Total del Contrato	$ 12,181.904,00
Plazo de Ejecución	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO SERA A PARTIR DE LA APROBACION DE LA GARANTIA UNICA HASTA EL 07-02-2020 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO
Número de la factura	010
Valor de la Factura	$ 931.722,00
Saldo del contrato	$ 0.00
No CDP	11119 del 24/01/2019
No RP	8619 del 05/02/2019

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	MARCA	ORDEN PEDIDO N°	VALOR
ESM					
Observaciones					

CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO						
Descripción	No. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA	DESCRIPCION DE SERVICIOS	VALOR DIFERENCIA	VALOR PAGO TOTAL
	010	31.01.2020	$931.722,00	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA	$	931.722,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 018- DGSM-DISAN-CEMED-2019 manifiesta que el contratista SI cumplio con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.					

COPIA PLANILLA Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal de Fecha de DICIEMBRE de 2019.

CC JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTAÑEDA
SUPERVISOR CONTRATO 018 DGSM-DISAN-CEMED-2019

	ARMADA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
	GESTION CONTRACTUAL	
	INFORME PERIODICO DE SUPERVISION	
	Versión: 3.0	Fecha :01/06/2015

DE: CC JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTAÑEDA	CONTRATO No 018-DGSM-DISAN-CEMED-2019
PARA: TN IVÁN CASTRO BAYONA	INFO: TH
FECHA ELABORACION: 31.01.2020	

1. OBJETO DEL CONTRATO:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

1.1 Adicional y/o modificación al contrato:
1.2 Fecha aprobación garantía única: 22 DE MAYO DE 2019

2.0 VALOR DEL CONTRATO: $ 10.396.058.oo (DIEZ MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS ML).

2.1 Valor adicional: $ 1.765.846,oo (UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS ML)
3. 2.2 Valor total contrato + adición: $ 12.161.904,oo (DOCE MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS ML)

4. BIENES Y/O SERVICIOS RECEPCIONADOS:
4.1. Resumen Financiero – Diligencie para pagos Prestación de Servicios de Personal
3.2 Resumen financiero y relación de facturas- Diligencie para bienes y/o servicios

CUENTA DE COBRO	FECHA	PERIODO	VALOR FACTURADO	VALOR A PAGAR	FECHA TRAMITE
001	28/02/2019	01 A 28/02/2019	$ 997.106,00	$ 997.106,00	28/02/2019
002	31/03/2019	01 A 31/03/2019	$ 1.062.490,00	$ 1.062.490,00	31/03/2019
003	30/04/2019	01 A 30/04/2019	$ 1.062.490,00	$ 1.062.490,00	30/04/2019
004	31/05/2019	01 A 31/05/2019	$ 1.062.490,00	$ 1.062.490,00	31/05/2019
005	30/06/2019	01 A 30/06/2019	$ 882.684,00	$ 882.684,00	30/06/2019
006	31/07/2019	01 A 31/07/2019	$ 1.127.874,00	$ 1.127.874,00	31/07/2019
007	31/08/2019	01 A 31/08/2019	$ 1.176.912,00	$ 1.176.912,00	31/08/2019
008	30/09/2019	01 A 30/09/2019	$ 1.013.452,00	$ 1.013.452,00	30/09/2019
009	31/10/2019	01 A 31/10/2019	$ 1.078.836,00	$ 1.078.836,00	31/10/2019
010	30/11/2019	01 A 30/11/2019	$ 931.722,00	$ 931.722,00	30/11/2019
011	31/12/2019	01 A 31/12/2019	$ 834.126,00	$ 834.126,00	31/12/2019

	ARMADA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
	GESTION CONTRACTUAL	
	INFORME PERIODICO DE SUPERVISION	
	Versión: 2.0	Fecha :24/09/2014

	012	31/01/2020	01 A 31/01/2020	$ 931.722,00	$ 931.722,00	31/01/2020	
	VALOR TOTAL TRAMITADO PARA PAGO				$ 12.161.904,00		
	VALOR INICIAL DEL CONTRATO + ADICION				$ 12.161.904,00	100,00%	
	SALDO DEL CONTRATO				$ 0,00		

4. CONSUMO MENSUAL DE LOS BIENES O SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO POR REGIONALES: **NO APLICA**

5. PLAZO DE EJECUCIÓN: **A PARTIR DE LA APROBACION DE LA GARANTIA UNICA HASTA EL 07/02/2020 Y/O AGOTAR PRESUPUESTO.**

6. RESUMEN DE PÓLIZAS Y PERFECCIONAMIENTO
COP No 11119 DEL 24/01/2019
CRP No 8619 DEL 05/02/2019

POLIZAS

POLIZA	No. de la Póliza	Expedida por
Cumplimiento	33-44-101187822	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Calidad	33-44-101187822	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Responsabilidad	2123219000103	MAPFRE COLOMBIA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/06/2019	12/11/2020	$ 2.079.211,20
CALIDAD DE SERVICIO	07/06/2019	12/11/2020	$ 2.079.211,20
RESPONSABILIDAD	11/03/2019	11/03/2020	$ 500.000.000,00

7. **TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS:** LAS ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA LAS 114 HORAS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA MES ENERO DE 2020

8. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA: SE REALIZO ADICION EN TIEMPO Y DINERO CON FECHA 27 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Atentamente,

CC JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTAÑEDA
SUPERVISOR CONTRATO 018 DGSM-DISAN-GEMED-2019