20242113012840 3

202421130128403

MEMORANDO

Bogotá, D.C., ***01-04-2024***

PARA: **LUISA FERNANDA BERMUDEZ**
Coordinadora Grupo Central de Cuentas
Ministerio de Salud y Protección Social

DE: **MAURICIO JAVIER VERA SOTO**
Supervisor contrato 496 de 2024

ASUNTO: **Remisión documentos segundo pago, periodo 1 al 30 de marzo de 2024, Contrato No. 496-2024**

Por medio de la presente, me permito adjuntar los documentos para el **Segundo** pago correspondiente al Contrato **No. 496 de 2024**, por el periodo comprendido entre el 1 al 30 de marzo de 2024, de acuerdo con lo pactado en la cláusula de forma de pago, a saber, los siguientes:

1. Cuenta de Cobro **Segundo** pago.
2. Formato GFIF03 Certificación pago parcial 2.
3. Formato GCO-F18 Informe parcial de supervisión de actividades 2.
4. Formato GFI-F02 Declaración juramentada.
5. Comprobante aportes seguridad social salud, pensión y ARL.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera Soto

MAURICIO JAVIER VERA SOTO
Supervisor contrato 496 de 2024

Anexo ( ): Folios soporte de cuenta
Copia (s): : Dra. **INGRID CORDOBA AMARILLO**, Coordinadora Grupo de Ejecución y Liquidación Contractual. MSPS.

Elaboró: CACEVEDOG
Revisó: M.Vera
Aprobó: /M.Vera

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE:	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZÁLEZ
IDENTIFICACIÓN:	**CC** X **NIT** **No** 1143369784 **DV** 0
LA SUMA DE:	$8.363.636
POR CONCEPTO DE:	PAGO PERSONA NATURAL
CONTRATO No:	496 de 2024
DESEMBOLSO No:	2
OBJETO:	" Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas en la gestión para la implementación del plan de eliminación y control de leishmaniasis, leptospirosis y el fortalecimiento de la atención clínica de los eventos.
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	1 de marzo de 2024 - 30 de marzo de 2024
DIRECCIÓN:	**Carrera 63#23ª-84 int 2 apto 803**
CIUDAD:	Bogotá
TELÉFONO:	3218436216

En constancia firmo:

Carlos Acevedo G

Firmado digitalmente por Carlos Alfredo Acevedo Gonzalez

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF03	Versión	01

(1) Contrato No.	496	de	2024	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ	
(3) Dirección:	CARRERA 63#23A-84 INT 2 APTO 803		(4) Teléfono:	3218436216
(5) Cédula y/o NIT:	1143369784		(6) Correo electrónico:	DOCTORACEVEDOG@GMAIL.COM
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			MAURICIO VERA SOTO	
(8) Dependencia:	SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		(9) No. Extensión o teléfono:	
(10) Objeto:	Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas en la gestión para la implementación del plan de eliminación y control de leishmaniasis, leptospirosis y el fortalecimiento de la atención clínica de los eventos.			
(11) Plazo de ejecución:	317 DIAS			
(12) Fecha de inicio:	19/02/2024		(13) Fecha terminación:	30/12/2024
(14) Valor inicial del contrato: $		$ 88.375.754,00		
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $		$ 8.363.636,00		
(16) Valor desplazamientos: $				
(17) Adición ($):				
(18) Prórroga (tiempo)				
(19) Suspensión				
(20) Cesión:				
(21) Concepto del pago:	Pago # 2			

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
$ 88.375.754,00	$ 3.345.454,00	$ 8.363.636,00		$ 76.666.573,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	231300	(28) Pensión valor aporte: $	296000
(29) ARL: $	45100		
(30) Planilla de pago No.	9463870872	(31) Fecha:	14/03/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista, CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 496 de 2024, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ $ 8.363.636,00

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera Soto

Supervisor (es)/interventor (es)

(36) Fecha:1/04/2024 Bogotá D. C.

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Contrato No.	496 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ		
Nombre del supervisor y/o interventor	MAURICIO JAVIER VERA SOTO	**Teléfono / Extensión**	
Dependencia	GRUPO DE GESTIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDÉMICAS		
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales al Grupo de enfermedades endemoepidémicas en la gestión para la implementación del plan de eliminación y control de leishmaniasis, leptospirosis y el fortalecimiento de la atención clínica de los eventos		
Fecha de inicio	Lunez, 19 de febrero de 2024	**Fecha de terminacion**	lunes, 30 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	1 de marzo de 2024 - 30 de marzo de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se realiza diligenciamiento de las actividades realizadas durante el periodo	NA	Se da cumplimiento a la obligación
2	Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.	Se realizaron las labores de forma independiente, bajo mi propio riesgo y responsabilidad	NA	Se da cumplimiento a la obligación
3	Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, **EL MINISTERIO** realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	Durante el periodo no fueron requeridos desplazamientos	NA	NA
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato	Durante el periodo no fue necesario reportar novedades o anomalias	NA	NA

5	Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.	La presente obligación se realizará al finalizar el contrato en el mes de diciembre	NA	Se da cumplimiento a la obligación
6	Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se adjunta planilla pagada de aportes a seguridad social No. 9463870872 correspondiente al mes de febrero de 2024	Archivos en PDF planillas-1143369784	Se da cumplimiento a la obligación
7	Atender los lineamientos dados por **EL MINISTERIO** en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo	Se atendieron los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG	NA	Se da cumplimiento a la obligación
8	Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por **EL MINISTERIO** relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información	Se cumplió con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	NA	Se da cumplimiento a la obligación
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por **EL/LA CONTRATISTA** durante la prestación del servicio,	Se firmó el compromiso de confidencialidad para el contrato 496-2024 y se adjuntó en la primera cuenta	NA	Se da cumplimiento a la obligación
10	Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato,	Los archivos se entregarán al finalizar el contrato en el mes de diciembre	NA	NA

11	Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.	Se realizó el archivo correspondiente de la documentación	NA	Se da cumplimiento a la obligación
12	Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	Se realizó gestión de correspondencia a través del sistema Orfeo	NA	Se da cumplimiento a la obligación
13	Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de **EL MINISTERIO** por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del **MINISTERIO**, cuando a ello hubiere lugar.	Se constituyó la poliza a favor de EL MINISTERIO, igualmente se cargó en la plataforma del Secop. S e adjuntaron en la primera cuenta de cobro	NA	Se da cumplimiento a la obligación
14	Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por **EL/LA CONTRATISTA** (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de **EL/LA CONTRATISTA**, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se presentó en la primera cuenta el certificado de afiliación al Sistema Genral de Riesgos Laborales con SURA	NA	Se da cumplimiento a la obligación

15	**EL/LA CONTRATISTA** dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	Esta actividad se realizará en el mes de diciembre	NA	NA
16	Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se presentan las actividades realizadas durante el periodo y los archivos se cargan en el Drive creado para tal fin	En el presente informe	Se da cumplimiento a la obligación
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio "Entorno Laboral Saludable" estrategia "Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo". Una vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, **EL/LA** contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.	Se realizó y aprobó la evaluación de inducción y reinducción virtual, se adjuntó el certificado con la primera cuenta de cobro	NA	Se da cumplimiento a la obligación
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se cuenta con elementos de protección personal necesarios	NA	Se da cumplimiento a la obligación
19	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Durante el periodo no se presentó ningún incidente para reportar a la ARL	NA	NA
20	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	La presente actividad no se requirió durante el periodo	NA	NA

21	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato	Todas las actividades realizadas están relacionadas con el objeto del contrato	NA	Se da cumplimiento a la obligación

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Apoyar la actualización y ajuste al modelo preventivo y predictivo de los planes de control y eliminación de las enfermedades endemo epidémicas asignadas.	Se adelanta la matriz de información de eventos priorizados para trabajar en planes de eliminación	Caracterización y evaluación de eventos en eliminación y control	Se da cumplimiento a la obligación
2	Brindar asistencia técnica a los actores del SGSSS y la academia para la implementación de los planes de control y eliminación de las enfermedades endemo epidémicas asignadas	Se realiza asistencia técnica a la Secretaría de Salud de Putumayo, en el marco del plan de contingencia por Fiebre Amarilla	Acta de asistencia técnica	Se da cumplimiento a la obligación
3	Apoyar la elaboración e implementación de lineamentos para el desarrollo de la gestión de las enfermedades endemo epidémicas.	Se realizan avances en la elaboración del lineamiento de atención clínica en fiebre amarilla en Colombia	Lineamiento de atención clínica en fiebre amarilla en Colombia	Se da cumplimiento a la obligación
4	Apoyar la implementación de iniciativas de cooperación nacionales e internacionales para el control y eliminación de las enfermedades endemo epidémicas asignadas			Aun no se inicia según cronograma
5	Apoyar las acciones para controlar la presencia de brotes o epidemias de enfermedades endemo epidémicas.	Se realizan capacitaciones en el departamento de Putumayo, en cuanto a la atención clínica en Fiebre Amarilla	Informe de comisión-Putumayo marzo, 2024	Se da cumplimiento a la obligación
6	Apoyar la actualización trimestral del micrositio web de los eventos endemo epidémicos asignados y la generación semestral de infografías para la comunicación del avance de resultados o su gestión.	Se realiza revisión del micrositio de leishmaniasis en la pagina web del ministerio, donde se evidencian ajustes a realizar.	Documentos de revisión del micrositio	Se da cumplimiento a la obligación

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Procurar el cuidado integral de su salud.	Se procura lo pactado	NA	Se da cumplimiento a igación
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo	Se cuenta y hace uso de los elementos de protección personal	NA	Se da cumplimiento a la obligación
3	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Se reportará en caso de ser necesario	NA	NA
4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales	Para la fecha no se realizaron actividades	NA	NA
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO	Se cumple según lo pactado	NA	Se da cumplimiento a la obligación

Incluir
N/A se

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Carlos Acevedo G

Firmado digitalmente por Carlos Alfredo Acevedo Gonzalez

CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ
Fecha: 01/04/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

5. A la fecha SI ☐ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos relativos a la etapa de ejecución y la etapa postcontractual del presente contrato.

OBSERVACIONES	Se cumplió a cabalidad con las actividades

En constancia, firmo:

Firmado digitalmente por Mauricio Javier Vera Soto

MAURICIO JAVIER VERA SOTO
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 01 de abril de 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN
Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente

Naturaleza del proceso:	Apoyo	Código:	GFIF02	Versión	05

Bogotá D.C., 1 de abril de 2024

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO x superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO **x** superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI X NO _____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO **x**

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI _____ NO **x**

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 900 474 727 - 4 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA x

Contrato de Prestación de Servicios No.: 496 Fecha Inicio: 19 2 2024

Contratista: CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ Fecha terminación: 30/12/2024

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 8.363.636,00 Prorroga:

Valor total del contrato (iva incluido): $ 88.375.754,00 Valor de Adición:

Fecha de inicio de la cesión: Valor de la Cesión:

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación NA de NA según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No NA de NA, por lo que solicito con cargo al desembolso No. _____ del contrato No. NA se consigne en mi nombre la suma de ($) NA a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en NA la suma de ($)

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada NA la suma de NA que no supera las 16 UVT mensuales.

13. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,

Carlos Acevedo G

Firmado digitalmente por Carlos Alfredo Acevedo Gonzalez

Firma CARLOS ALFREDO ACEVEDO GONZALEZ

c.c. 1143369784

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 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	513690244	9463870872	I	2024/03/20	2024/03/14	BANCOLOMBIA	0	$572,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$0	$0
1	CC	1143369784	ACEVEDO CARLOS	230201	30	$1,850,000	$296,000	EPS008	30	$1,850,000	$231,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,850,000	$45,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,850,000	$296,000			$1,850,000	$231,300			$0	$0			$1,850,000	$45,100		$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 1143369784		ACEVEDO GONZALEZ CARLOS ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA63 23 A 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6812408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	513690244	9463870872	I	2024/03/20	2024/03/14	BANCOLOMBIA	0	$572,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,000	$0	$0	$296,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$296,000	$0	$0	$296,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,100	$0	$0	$45,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,100	$0	$0	$45,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,300	$0	$0	$231,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$231,300	$0	$0	$231,300
TOTAL				1	$572,400	$0	$0	$572,400