MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Trámite de Documento Para Pago	
	Código: MDN-CGFM-PROEFIN-DGSM-FU.95.1-21	
	Proceso: Ejecución Financiera	
	Vigente a partir de: 05-05-2015	Página: 1 de 1

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
TRAMITA PARA PAGO EL SIGUIENTE COMPROMISO QUE CUMPLE LOS REQUISITOS DE LEY

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTA, D.C.	TRÁMITE Nº.	31
CANCELADO A:	ROA MONROY LUANDA TATYANA	IDENTIFICACIÓN:	1057918656
DIRECCION:	Dirección General de Sanidad Militar	TELEFONO:	3236555

NUMERO REGISTROS SIIF		CONCEPTO		VALOR TOTAL A PAGAR
		CONSECUTIVO DE PAGO :	PRIMER PAGO	
		NUMERO DE CONTRATO:	032-MDN-CGFM-DGSM-PS-2018	
		MES A PAGAR O SU PROPORCIONALIDAD EN DÍAS:	PAGO DEL 09 AL 30 DE ENERO DE 2018	
COP:	4516	Nº CUENTA BANCARIA:	181156837	
REGISTRO PRESUPUESTAL:	4818	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	
CUENTA POR PAGAR:		ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. B	
OBLIGACIÓN:				
ORDEN DE PAGO:		ANEXOS:	1. Informe de Supervisión 2. Planilla de Aportes a Seguridad Social – Colilla de pago periodo correspondiente. 3 Documento – Retención en la Fuente. 4. Comprobante Cuentas por Pagar 5. Copia del Contrato 6. copia de la Aprobación de la Garantía – Garantía Única. 7. copia de RUT. 8. Copia de la Certificación de la Cuenta Bancaria 9. copia del Registro Presupuestal	$ 2.598.370,00
APROBACIÓN:				
ORDEN BANCARIA:				
FECHA C. BANCARIA:				

Elaboró PD. EDRIX FUENTES
Prestación de Servicios - GTH

Revisó: CT. REINALDO SANTOS VALDERRAMA
Coordinador Grupo Talento Humano

Vo.Bo. CN. DAVID TADEO PEÑA BABAHG
Subdirector Administrativo y Financiera

NUMERO REGISTROS SAP		LIQUIDACION CONTABILIDAD	
CENTRO DE COSTOS:		VALOR BRUTO:	
SOL-PEDIDO:		RTE.FUENTE:	
PRECOMPROMISO:		RTE.ICA:	
CONTRATO:	032-MDN-CGFM	RTE.IVA:	
COMPROMISO:		OTROS DESCUENTOS:	
RESERVA:			
PEDIDO:		NETO A GIRAR:	
ENTRADA DE BIENES:			
ACEPTACION:			
OBLIGACION:			
COMPROBANTE EGRESO:			

CONTABILIDAD

PRESUPUESTO

NOMBRE DE LA CUENTA :	CTA. PROG	SUBC. SUBP.	OBJG / PROY	ORD. SUB. PROY	RECURSO	VIGENCIA	VALOR

PRESUPUESTO

Bogotá D.C.

Señor
Capitán
REINALDO SANTOS VALDERRAMA
Coordinador Grupo de Talento Humano (E)
Bogotá D.C
Asunto: Informe de Supervisión y Seguimiento No 1 del Contrato No. 032 de 2018
Mensual X ó Final

Respetuosamente, me dirijo al señor Capitán, Coordinador Grupo de Talento Humano (E), de la Dirección General de Sanidad Militar, con el fin de presentar el informe de supervisión y seguimiento del presente contrato, de acuerdo con la siguiente información:

1. Datos del supervisor

Nombre del supervisor	SMSM. CARLOS CUELLAR SANCHEZ
Grupo	GRUPO RED - SS - DGSM
Cargo	JEFE AUDITORIA CONVENIO DGSM - HOMIC

2. Datos del contrato supervisado

Numero de contrato	032
Fecha de contrato	09/01/2018
Contratista	LUANDA TATYANA ROA MONROY
Cedula de Ciudadanía o Nit	1.057.918.656 de San Luis de Gaceno
Objeto	Prestación de servicios profesionales como enfermera Jefe especialista en auditoria o áreas afines en la auditoria convenio DGSM-HOMIC.
Valor incluido IVA (si aplica)	N/A
Plazo de ejecución	11 MESES Y 22 DIAS
Fecha acta de inicio (si aplica)	N/A
Fecha terminación del contrato	31/12/2018

3. Seguimiento Contractual

El contratista está cumpliendo con las obligaciones del contrato	Si	X	No		Cumplimiento Parcial	

1. Descripción del desarrollo de las actividades contractuales

Número	Obligación especificas del contratista y/o cumplimiento de las especificaciones técnicas del contrato	Cumple	No cumple	Evidencia del cumplimiento de las obligaciones específicas del contratista y/o cumplimiento de las especificaciones técnicas del contrato
1.	Efectuar auditoría de cuentas,(pertinencia y racionalidad logicocientifica) a la facturación asignada mes a mes correspondientes a los servicios prestados por el HOMIC, según estándares de verificación establecido por servicios.	X		Se realizó auditoria a la facturación del mes de: OCTUBRE 2017. HOSPITALIZADOS :EJC:159, HOMIC:6 ARC:6 AMBULATORIOS: HOMIC:1732, EJC:1838,ARC:190 URGENCIAS:EJC:413 , ARC:91 HOMIC:159
2.	Recepcionar FACTURACION.	X		mes de noviembre servicio FARMACIA EJC: 4450
3.	Elaborar informes consolidados y detallados de la ejecución del convenio de cada DISAN y del HOMIC	X		Realización informe de clasificación de SOAT, ATEP y catastróficas de la facturación asignada correspondiente a octubre de 2017 22 reportes de HMC -EJC

2. Cumplimiento de Obligaciones al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

Para dar estricto cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el parágrafo 2 del artículo 1 de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e instituto Colombiano de Bienestar Familiar- cuando aplique). Se anexa certificad o del cumplimiento por parte del contratista.

Ítem	No de planilla	Periodo de pago *año – mes*	Fecha de pago *año – mes – día*
Pensión	7193730690	2018-01	2018-01-18
Salud	7193730690	2018-01	2018-01-18
Riesgos profesionales	7193730690	2018-01	2018-01-18

3. Aspectos Financieros

Los pagos tramitados con cargo al Contrato No. 032 de 2018 se relacionan a continuación:

No de Pago	Mes	
01	9 - 30 ENERO	
Valor Inicial del Contrato		$41.573.922
(-) Valor Ejecutado hasta el mes anterior		$0
(-) Valor a pagar del Mes		$2.598.370
(=) Saldo del Contrato		$38.975.552

4. Otras observaciones relevantes del supervisor:

A LA FECHA CUMPLE CON LO PACTADO CONTRACTUALMENTE

CARLOS CUÉLLAR

FIRMA DEL SUPERVISOR

Atentamente,

SMSM. CARLOS CUELLAR SANCHEZ
Supervisor
Correo electrónico: carlos.cuellar@sanidadfuerzasmilitares.mil.co
No. de contacto 3486868 - EXT. 5611

Señores
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Ciudad Bogotá.

Yo **LUANDA TATYANA ROA MONROY**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.057.918.656 de San Luis de Gaceno**, certificó que los aportes realizados correspondientes al mes de ENERO 2018 a salud, Pensión y ARL voluntaria, SI ( ) **NO (X),** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

Firma _____

Nombre: **Luanda Tatyana Roa Monroy**
C.C. No. **1.057.918.656 de San Luis de Gaceno**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LUANDA TATYANA ROA MONROY ROA MONROY
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 58F 4 #88-55 SUR	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7193730690	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO 2018
DIAS DE MORA	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2018/01/18	NUMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING-PROTEC.)	1	$ 166.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 166.400	$ 400	$ 166.800
SUBTOTALES:										$ 166.400	$ 400	$ 166.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 130.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 130.000	$ 400	$ 0	$ 130.400
SUBTOTALES:													$ 130.000	$ 400	$ 0	$ 130.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.500	$ 5.500	$ 100	$ 0	$ 5.600
SUBTOTALES:									$ 5.500	$ 100	$ 0	$ 5.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 6.300	$ 100	$ 6.400
SUBTOTALES:			$ 6.300	$ 100	$ 6.400

SOI

RELACIÓN DE ACLARA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC [illegible]	ROA MONROY LUANDA TATYANA	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							X								

PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 1.040.000	$ 166.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 166.400

SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VI UPC	TOTAL APORTE
EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.040.000	$ 130.000	$ 0	$ 130.000

ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-25-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.040.000	$ [illegible]	$ 5.500

PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
30	$ 1.040.000	CCF24-COMPENSAR	$ 6.300	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

TOTAL	$ 309.200