Municipio de Villavicencio

Villavicencio, 16 de abril del 2024

Doctora
ALBA AURORA COLINA
Jefe Oficina de Contratación
Alcaldía de Villavicencio
Ciudad. -

REF.: Contrato No. 354 Proceso SECOP II CD 347-2024
Período No.1 del 7 marzo al 6 de abril

OBJETIVO. Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al municipio de Villavicencio acerca del desarrollo de este, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales a lo largo de su ejecución en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	No. 354 de 2024 del 5 de marzo de 2024-CD 347-2024
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ Ó SECOP II __X_____
CLASE DE CONTRATO:	CONVENIO DE ASOCIACIÓN
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CORPORACION OBRA SOCIAL SAN CAMILO
No. DE IDENTIFICACIÓN	NIT 892.099.417-1
OBJETO:	Aunar esfuerzos, recursos y experiencia para brindar atención a Adultos Mayores en estado de vulnerabilidad en Centros de Protección Social en el Municipio de Villavicencio
NOMBRE DEL SUPERVISOR CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: (De todos los que haya tenido, empezando por el vigente)	ASTRID LILIANA LADINO PEÑA C.C 40.445.483
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN: (De todos los que haya tenido, en orden empezando por el vigente)	6 DE MARZO DE 2024
CONDICIONES INICIALES	
VALOR DEL CONTRATO (letras y número):	QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE ($566.890.862). MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO: CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 431.886.392) CORPORACIÓN OBRA SOCIAL SAN CAMILO: CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE ($135.004.470).
PLAZO DE EJECUCIÓN:	TRES MESES
FECHA DE INICIO:	7 DE MARZO DE 2024

FECHA DE TERMINACIÓN:	6 DE JUNIO DE 2024		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	N.A.	FECHA:	
VALOR DE ADICIÓN:		FECHA:	
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)			
PRORROGAS	N.A.	FECHA:	
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)			
SUSPENSIONES	FECHA:		
REINICIOS:	____MESES Ó N. A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:			

2. **DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del **6/3/2024** expedido por la JEFE DE OFICINA DE CONTRATACION y en la plataforma **SECOP II** se me designó como SUPERVISOR del convenio de asociación de la referencia, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual correspondiente al periodo comprendido del 7 de marzo de 2024 al 6 de abril del 2024, de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión adoptado mediante Decreto N° 1000-21/293, vigente desde el 19 de julio de 2016.

   Las siguientes son las obligaciones realizadas por el contratista en el presente periodo que corresponde a un porcentaje de avance ejecutado por el municipio del 29.56% del contrato inicial, y un 30.37 % de la corporación.

   ACTIVIDAD No. 1
   Población Beneficiaria: serán beneficiarios los adultos mayores que cumplan las siguientes condiciones:

   Ser mayor de 60 años (Debe certificase con la cédula de ciudadanía o con la contraseña que contenga los elementos de seguridad definidos por la Registraduría Nacional).
   Se encuentren dentro del grado A y B del SISBEN.

   Así mismo deberá tenerse en cuenta las siguientes situaciones:

   No cuente con Red de Apoyo Familiar o que se evidencie que los familiares no cuentan con las condiciones para su manutención.
   Se encuentre en abandono Social.
   Estén afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención.
   Los Adultos Mayores que se encuentren con las condiciones Especiales mencionadas en el art. 3 de la Ley 1315 de 2009 no podrán ser admitidos de acuerdo con las condiciones que presta el Centro de Protección Social.
   Para su ingreso se tendrá en cuenta el cupo asignado para el centro de protección, para lo cual, se elaborará la correspondiente ficha de ingreso. Adicionalmente, de cada adulto mayor deberá llevarse una bitácora u hoja de vida, la cual debe contener una ficha con los datos personales, datos médicos y los documentos de identificación del adulto. y su egreso, se producirá: por muerte, reintegro social, renuncia voluntaria al programa y/o traslado, de lo cual deberá quedar constancia en la bitácora u hoja de vida.
   Descripción del avance: Durante el presente periodo se inició la ejecución del contrato beneficiando inicialmente a 71 de los 79 cupos de personas mayores aportados por el municipio de Villavicencio así:

	NOMBRES	APELLIDOS	CC	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	NOVEDADES EN PERIODO DE EJECUCION	DIAS LIQUIDADOS
1	JOSE RAUL	ARTUNDUAGA	17303266	5/06/1951	73	MASCULINO	Sin novedad	30
2	JAIME	AYALA	3.061.702	1/07/1958	66	MASCULINO	Sin novedad	30
3	JOSE ANTONIO	BELLO GARCIA	19.279.630	23/01/1931	93	MASCULINO	Sin novedad	30
4	JOSE DELIO	CORTES	93.086.422	4/06/1969	55	MASCULINO	Sin novedad	30
5	JOSÉ	CHISCO JARA	483.798	2/04/1939	85	MASCULINO	Sin novedad	30
6	RAFAEL PEREGRINO	DELGADO	4.915.629	14/02/1940	84	MASCULINO	Sin novedad	30
7	MONGUI	DIAZ DE CEPEDA	27.954.278	10/01/1944	80	FEMENINO	Sin novedad	30
8	JOSE MANUEL	DIAZ UMAÑA	457.598	30/10/1923	93	MASCULINO	Sin novedad	30
9	JOSE VICENTE	FARFAN BARACALDO	17.037.638	11/08/1938	86	MASCULINO	Sin novedad	30
10	SANTIAGO	FLOREZ FAJARDO	6.060.702	2/06/1938	86	MASCULINO	Sin novedad	30
11	AURA DOLLY	GIRALDO HOYOS	1.121.887.807	12/06/1947	77	FEMENINO	Sin novedad	30
12	ALEIDER	GOMEZ MUÑOZ	17.317.497	19/02/1953	71	MASCULINO	Sin novedad	30
13	HOMERO	HERNANDEZ ARENAS	5.586.351	15/04/1941	83	MASCULINO	Sin novedad	30
14	JOSE RODRIGO	LADINO HERRERA	86.060.145	10/10/1978	45	MASCULINO	Sin novedad	30
15	ANA ISABEL	MENDOZA	24.247.577	17/10/1939	84	FEMENINO	Sin novedad	30
16	FILEMON	MENDOZA HUERTAS	9.505.489	20/05/1961	63	MASCULINO	Sin novedad	30
17	BLANCA INELDA	MORALES QUEVEDO	1.193.191.286	13/10/1956	67	FEMENINO	Sin novedad	30
18	FLOR MARIA	RIVEROS	21.225.163	11/01/1947	77	FEMENINO	Sin novedad	30
19	FABIO	TRIVIÑO MOYANO	311.307	18/06/1945	79	MASCULINO	Sin novedad	30
20	FILOMENA	SALGUERO	1.121.887.804	4/07/1936	88	FEMENINO	Sin novedad	30
21	BUENAVENTURA	SANABRIA RUIZ	1.025.183	28/02/1939	85	MASCULINO	Sin novedad	30
22	SATURNINA	SANCHEZ ZAMUDIO	41.664.908	9/05/1952	72	FEMENINO	Sin novedad	30
23	ERNESTO	LOZANO	6.633.513	16/02/1939	85	MASCULINO	Sin novedad	30
24	LEONOR	RIOS TORRES	41538295	22/10/1951	72	FEMENINO	Sin novedad	30
25	GABRIEL DE JESUS	JARAMILLO JARAMILLO	8373219	30/04/1939	85	MASCULINO	Sin novedad	30
26	GERMAN	CORTES DAZA	19282777	20/07/1956	68	MASCULINO	Sin novedad	30
27	ARACELY	MORALES DE MANCERA	20885105	6/11/1945	78	FEMENINO	Sin novedad	30
28	CARLOS ANTONIO	GONZALEZ HUERTAS	11298615	23/03/1951	73	MASCULINO	Sin novedad	30
29	NEMECIO	YATE SALAZAR	497066	19/07/1938	86	MASCULINO	Sin novedad	30
30	JUAN DE DIOS	MENDOZA ROBLES	17.317.851	8/03/1957	67	MASCULINO	Sin novedad	30
31	ROSA TULIA	VARGAS DE SUAREZ	21.235.496	24/06/1956	68	FEMENINO	Sin novedad	30
32	AMPARO	LIZCANO TRIANA	21.236.503	8/08/1951	73	FEMENINO	Sin novedad	30
33	MARIA AURORA	MENESES MUÑOZ	51811741	25/12/1943	80	FEMENINO	Sin novedad	30
34	RAFAEL DEMETRIO	MANCERA MUÑOZ	1.121.656.024	28/05/1947	77	MASCULINO	Sin novedad	30
35	RAFAEL	GUTIERREZ LADINO	2.916.204	28/08/1938	85	MASCULINO	Sin novedad	30
36	JORGE ARTURO	FERNANDEZ ARANZA	17.301.551	7/06/1949	75	MASCULINO	Sin novedad	30
37	JORGE ELIECER	VARGAS BARRERA	5.298.345	18/08/1948	76	MASCULINO	Sin novedad	30
38	ARNOLDO	MENDOZA ALDANA	11.260.059	9/03/1962	62	MASCULINO	Sin novedad	30
39	ALICIA	GONZALEZ LOZADA	21.217.627	31/08/1939	84	FEMENINO	Sin novedad	30
40	HERMES	HERNANDEZ BUSTOS	495.251	9/05/1936	88	MASCULINO	Sin novedad	30
41	EMILIO ERNESTO	LEQUIZAMON SORA	14.870.437	10/02/1948	76	MASCULINO	Sin novedad	30
42	EFRAIN	PINTOR	17.315.751	26/08/1955	68	MASCULINO	Sin novedad	30
43	YOLANDA	SORZA	22.349.029	27/02/1939	85	FEMENINO	Sin novedad	30
44	MARCO ANTONIO	PADON LOPEZ	17.308.352	8/09/1952	71	MASCULINO	Sin novedad	30
45	CEFERINO	CASALLAS	5.248.468	25/09/1942	81	MASCULINO	Sin novedad	30
46	EMPERATRIZ	MARTINEZ RODRIGUEZ	21.181.694	29/10/1961	62	FEMENINO	Sin novedad	30
47	MARIA NELSY	MEDINA	41.447.070	20/02/1949	75	FEMENINO	Sin novedad	30
48	MIGUEL	LOZANO ORTEGA	7.493.404	6/02/1941	83	MASCULINO	RETIRO VOLUNTARIO DIA 18/003/24	11
49	PEDRO MARIA	MARTINEZ PIÑEROS	2.763.799	29/11/1942	81	MASCULINO	Sin novedad	30
50	BLANCA	CUBILLOS GUAVITA	40.275.418	8/12/1948	75	FEMENINO	Sin novedad	30
51	AMANDA DE JESUS	HENAO CASTAÑO	29155236	12/11/1947	76	FEMENINO	Sin novedad	30
52	MARIA ODILIA	MOJICA MELENDEZ	24077211	30/03/1931	93	FEMENINO	Sin novedad	30
53	VILMA INES	GOMEZ	41338024	18/03/1944	80	FEMENINO	Sin novedad	30
54	ANA ROMILIA	GARCES ARCILA	21221658	5/01/1947	77	FEMENINO	Sin novedad	30
55	MERCEDES	RAMIREZ	1121970020	18/08/1962	61	FEMENINO	Sin novedad	30
56	JOSE ELIAS	RINCON VELASQUEZ	475778	14/10/1944	79	MASCULINO	Sin novedad	30
57	ROSA ELENA	LOPEZ ESCOBAR	21217494	13/01/1939	85	FEMENINO	Sin novedad	30
58	ROSALBA	CARDONA FRANCO	21220935	19/03/1944	80	FEMENINO	Sin novedad	30
59	NAPOLEON	GIL GIL	10055990	19/04/1945	79	MASCULINO	Sin novedad	30
60	FERNANDO	OCAMPO MARIN	79258142	28/02/1961	63	MASCULINO	Sin novedad	30
61	SOL MARIA	LALINDE PEREZ	21221255	19/02/1947	77	FEMENINO	Sin novedad	30
62	ORFIDIA	ROJAS SUAREZ	65697065	16/04/1965	59	FEMENINO	Sin novedad	30
63	LUIS AMADOR	JARAMILLO CASTAÑEDA	6456111	29/01/1945	79	MASCULINO	Sin novedad	30
64	ANGEL HUMBERTO	GONZALEZ	3551366	14/05/1946	77	MASCULINO	Sin novedad	30
65	LUIS ALBERTO	GUTIERREZ	19053279	10/10/1947	76	MASCULINO	Sin novedad	30
66	HERMILDA	TORRES DE PRIETO	21216170	26/08/1932	91	FEMENINO	Sin novedad	30
67	GENARO	HERNANDEZ GOMEZ	17315918	15/01/1953	71	MASCULINO	Sin novedad	30
68	CLAUDINA	BELTRAN DE NOVOA	21239799	30/08/1939	84	FEMENINO	Sin novedad	30
69	BERCELIO	TARAZONA MENESES	13244564	18/12/1950	74	MASCULINO	Ingresó el dia 13/03/2024	24
70	ELICEO	LEIVA	17317151	5/07/1956	68	MASCULINO	Ingresó el dia 13/03/2024	24
71	JULIO	CORTES REYES	3.201.692	31/03/1952	72	MASCULINO	Falleció el 31/03/2024	25

ACTIVIDAD No. 2

Instalaciones donde deberá prestar el servicio de alimentación de desayuno, almuerzo y cena, teniendo en cuenta el nivel calórico y de micronutrientes que garanticen buenas condiciones de salud para el adulto mayor. Así mismo, deberán desarrollarse actividades encaminadas a establecer el autocuidado, mantener la salud, promover el desarrollo personal, conservar el bienestar, fortalecer las potencialidades, habilidades tanto ocupacionales como sociales, teniendo en cuenta sus intereses para influir sobre el mantenimiento o mejora de su desempeño ocupacional y social

Descripción del avance: Se confirmó que para este periodo parcial se cumplió el alojamiento de 71 personas mayores beneficiarios del Convenio. 354/2024, a quienes se les brindo camas con closet en diferentes pabellones con su respectivo baño. Los Adultos Mayores son ubicados en pabellones por género. Igualmente, se les suministro cinco alimentos diarios de acuerdo con la minuta nutricional y a las respectivas valoraciones de nutrición y dietética de la profesional contratada. También se dio cumplimiento a las actividades ocupacionales y de bienestar de las personas mayores por medio de actividades de ornato, tejido de hamacas, doblado de ropa, actividades de cuidado personal como peluquería.









ACTIVIDAD No. 3

Planta física- Habitaciones o dormitorios: Se requiere que la ESAL cuente con una planta física adecuada para atender a los adultos mayores beneficiarios, esto es, que cuente con una dotación de habitaciones o dormitorios dotados con el inmobiliario y la lencería completa (camas,

colchones, almohadas, sabanas y cobijas, como mínimo.); sus instalaciones físicas y sanitarias deberán contar con condiciones de saneamiento; buenas condiciones en el área de preparación y servicio de alimentos; limpieza y desinfección de personal manipulador; seguridad e higiene industrial; control de plagas y manejo de residuos sólidos y líquidos.

De igual modo, deberá contar con la señalización en las diferentes dependencias, espacios, zonas restringidas de uso público y se deberá señalizar las zonas de uso limitado, en especial los accesos a enfermería, concina, entre otros, etc.

El oferente deberá presentar el acta de inspección y vigilancia sanitaria con concepto favorable de las condiciones sanitarias.

Descripción del avance: Se verificó que la corporación cuenta con habitaciones múltiples con baterías de baños y closets disponibles para las personas mayores, con la respectiva hostelería en perfectas condiciones de aseo y presentación, las colchonetas son anti escaras para mejorar las condiciones de salud de las personas mayores.

Las instalaciones cuentan con cocina industrial con todos los elementos necesarios para la salubridad en la preparación de alimentos, las manipuladoras de alimentos cuentan con los respectivos certificados actualizados, los comedores están en prefecto estado de presentación y salubridad.

Anexos y Evidencias:







ACTIVIDAD No. 4

Personal requerido: El centro deberá disponer de 1 psicólogo, 13 auxiliares de enfermería (4 aportados por el municipio y 9 por la corporación), 1 nutricionista, 2 licenciados en educación física (uno aportado por el municipio y uno por la corporación), 4 manipuladores de alimentos, 2 auxiliares de servicios generales,1 fisioterapeuta (aportada por la corporación), los cuales deberán cumplir con las exigencias establecidas en el acápite de Requisitos Habilitantes.

El asociado debe garantizar la contratación del personal para la prestación de los diferentes servicios y soportadas con hojas de vida y experiencia. A su vez, en razón a la adecuada atención de las personas residentes y el correcto funcionamiento del centro las 24 horas del día. En todo caso, el Centro deberá disponer en todo momento de una persona que asuma la responsabilidad ante cualquier incidencia que se produzca, designada de forma expresa por el director del Centro, en función de los turnos de personal.

Descripción del avance: La corporación tiene contratados a las siguientes personas que corresponden a las hojas de vida presentada durante el proceso contractual:

PERSONAL	No.	NOMBRES Y APELLIDO
Manipuladores Alimentos	1.	LINA MARIA SALGADO RAMIREZ
	2.	SOLANIA GUARIN PELAEZ
	3.	MALLERLY PARRA MOARES
	4.	VIVIANA XIMENA OLAVE REYES
Auxiliares de SG	1.	OFELIA SOLANO CASTRO
	2.	MARIA ISABEL ACUÑA
Psicólogo	1.	HECTOR CARRILLO

Nutricionista	1.	KELYS MILEDIS ARIZA RIENZO
Licenciados en educación fisica	1.	ANDREI HERRERA GALAN
	2.	JOHN SEBASTIAN RAMIREZ TIQUE
Fisioterapia	1.	MISDALIA CONSUELO MUÑOZ COLON
Auxiliares Enfermería	1.	ELISABETH BANGUERO VALENCIA
	2.	HEIDY JULIETH SANCHEZ MELO
	3.	KAREN MARGARITA PUERTA MORA
	4.	ERIKA ORTEGA CORDERO
	5.	INGRID TATIANA HOYOS LUNA
	6.	LORENT VANESSA GORDILLO
	7.	DUAR ALEXANDER BOLAÑOS
	8.	JINETH CAROLINA BAQUERO DIAZ
	9.	TANY KARINA MAZA CHAVEZ
	10	CLAUDIA CHAVARRIA LEON
	11	TATIANA ARISMENDY CASTELLANOS
	12	MARLENY PAOLA BOBADILLA
	13	GLORIA ESPERANZA QUEJADA
Profesional HSEQ	1.	MARIA ALEJANDRA CORTES

SICOLOGO

Se acompañó en las actividades de esparcimiento del adulto mayor residente en la corporación, como encuentros intergeneracionales, y actividades de esparcimiento por medio de institutos de formación para el trabajo de la ciudad.





Se realizaron valoraciones de ingreso de nuevos residentes del hogar.

Se intervino en situaciones que afectan la sana convivencia entre los residentes de la corporación en aras de minimizar afectaciones en el bienestar de los residentes.



Asistencia en salud mental al adulto mayor

Se inicio proceso de evaluación psicológica de los adultos mayores beneficiarios del convenio, avanzando un 30%.

De forma diaria se realiza ronda de supervisión y seguimiento en salud mental de los adultos mayores residentes.

De acuerdo con valoraciones individuales del adulto mayor y a reportes de enfermería se realizan las coordinaciones con las clínicas de salud mental de la ciudad para lograr la atención de residentes que lo requieran.

Se realiza actividades ocupacionales con los residentes en busca de su rehabilitación cognitiva por condiciones propias del envejecimiento o por patologías asociadas.





NUTRICIONISTA





ACTIVIDAD No. 5

Alimentación: Para garantizar la alimentación a los Adultos Mayores en el Centro de protección social se realizará de acuerdo a la minuta Patrón establecida (anexo N° 1) la cual debe ser verificada y actualizada en caso de requerirse, por el Profesional en Nutrición, quien deberá realizar los ciclos de menús correspondientes los cuales se deben cumplir en su totalidad y ser fijados en la zona de alimentación del Centro de Protección Social, se desarrollará el componente de nutrición brindando a cada beneficiario diariamente (domingo a domingo) desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y

comida, supliendo con estos, el 100% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes, atendiendo lo establecido para la adecuada ingesta, nutrientes y demás recomendaciones para la prevención de enfermedades.

El horario para el servicio de alimentación corresponde a: desayuno 7:00 a 8:00 AM, almuerzo 12:00 M a 1:00 PM y cena 5:00 a 6:00 PM.

El Centro de Protección deberá garantizar que las personas encargadas de la administración, organización y manipulación de los alimentos tengan vigente los Certificados de salud y capacitación en "Manipulación de Alimentos" expedidos por los organismos de salud o autoridad competente en el ámbito local y disponga de la dotación adecuada.

El personal que manipule alimentos debe tener acreditado los procedimientos sanitarios, según la normatividad vigente y cumplir con las normas de salubridad como usar tapa bocas, batas, guantes y gorros preferiblemente de color claro.

El Centro de Protección deberá garantizar que el equipo y menaje será de material apto para la manipulación y el consumo de alimentos, resistente al uso y a la corrosión, así como a la utilización frecuente de los agentes de limpieza y desinfección. Las áreas de comedor deben contar con una excelente presentación y los utensilios necesarios.

Descripción del avance: Se verificó que durante esta etapa se le brindó a los Adultos Mayores da. una nutrición balanceada que les permita llevar una vida provechosa y con dinamismo de acuerdo con minuta nutricional. En total se suministran cinco alimentos durante cada día a cada persona mayor beneficiaria.

Se contó con el apoyo nutricional para la preparación de los alimentos. La realización de los alimentos es supervisada y guiada mediante minuta realizada por la profesional en nutrición, Dra Kelly Ariza, la cual se anexa.

Se constató que la Corporación cuenta con el personal de manipulación de alimentos contratado y que cuentan con los certificados de manipulación de alimentos respectivos.

Anexos y Evidencias:

Se anexa copia de la minuta de alimentos.









ACTIVIDAD No. 6

Aseo y mantenimiento: Durante la ejecución del convenio, se deben realizar todas las actividades para mantener la limpieza, pulcritud e higiene de las instalaciones del centro, que incluya como mínimo: desinfección, aseo general en oficinas, talleres, baños, habitaciones, comedor, áreas comunes, área de basura, zonas verdes y cualquier otro lugar que sea utilizado en el desarrollo de la jornada diaria. El aseo de la institución deberá hacerse en un horario que permita condiciones óptimas al iniciar la prestación del servicio y durante este, para que las instalaciones permanezcan en perfecto estado de limpieza. Al igual que deberá garantizar el total cumplimiento en el estado de aseo, organización y desinfección de las instalaciones, garantizando además el manejo y disposición de basuras con el fin de mantener condiciones sanitarias adecuadas de acuerdo con las normas vigentes.

Se deberá prestar el servicio de lavandería, desinfección, arreglo, organización, inventario y conservación de la lencería de la institución. Será responsable de la organización, arreglo y distribución de la ropa de los usuarios.

El asociado será responsable de la conservación, reparación y mantenimiento de maquinaria y equipos de la institución, del inmobiliario, equipo de oficina, así como de las reparaciones locativas. Realizará fumigaciones en la institución durante la ejecución del convenio de ser necesario.

Descripción del avance: Se confirmó que en este periodo se cumplió con la limpieza y desinfección de las instalaciones de la corporación, para esto se contó con el personal idóneo, capacitado y orientado al desarrollo de las diferentes actividades.
En este periodo se destacó:

- Lavado de pisos.
- Limpieza de techos y canaletas
- Lavado de pabellones.
- Limpieza de zonas administrativas
- Lavado diario de baños.

Esta labor se realizó diariamente desde las 5:30 A.M. a las 5:30 P.M.

Se confirmó que durante este periodo se prestó el servicio de lavandería, organización y desinfección de la ropa de los Adultos Mayores y lencería del hogar. La lavandería y la organización de prendas se realizaron todos los días de 5:30 A.M. a 5:30 P.M.

Así mismo su logro constatar que la Corporación cuenta con contrato de recolección de residuos sólidos peligrosos, que a estos residuos se les da el almacenaje adecuado en espera de la recolección respectiva.
Anexos y Evidencias:







ACTIVIDAD No. 7

Seguridad social: El asociado deberá garantizar a todos los usuarios el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud realizando las gestiones pertinentes ante el ente competente hasta lograr su inclusión al régimen subsidiado

Descripción del avance: La corporación garantizo a cada uno de los beneficiarios del programa el acceso al régimen subsidiado de seguridad social, en especial el acceso a la salud pública se evidencia en las historias clínicas.

ACTIVIDAD No. 8
Primeros Auxilios: Deberá mantener una reserva suficiente de material, elementos de curación y primeros auxilios, al igual que deberá asegurar 24 horas al día la remisión de los adultos mayores que presentan urgencias médicas. Esta remisión se realizará de acuerdo con la aseguradora en salud a la que pertenezca el Adulto Mayor

Descripción del avance: Se confirmó que en este ciclo la Corporación conservó los elementos de primeros auxilios, para respaldar la atención en caso de emergencia o desastre. De igual forma el servicio de enfermería, fue por las 24 horas, para entregar una atención completa a los Adultos Mayores y se a hecho uso del servicio de urgencias cuando ha sido necesario.

Anexos y Evidencias:









ACTIVIDAD No. 9

Kit de aseo: Durante el término de ejecución se entregará dos (1) kit de aseo para los adultos mayores beneficiarios del programa, de conformidad con lo estipulado en el presupuesto oficial

Descripción del avance: Durante este periodo se compraron 79 kit de aseo pero solo se entregaron 71 , quedando disponibles 8 para el segundo periodo de ejecución.

Anexos y Evidencias:









ACTIVIDAD No. 10

Dotación y/o uniformes: Se le suministrará durante el término de ejecución a los adultos mayores un (1) uniforme con las características establecidas en la ficha técnica y teniendo en cuenta los requisitos establecidos a través de Resolución 1950 de 2009 emitida por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo:

Descripción del avance: Durante este periodo la corporación no realizó entregas de dotaciones puesto que están programados para entrega en el segundo periodo de ejecución.

Anexos y Evidencias: N/A

ACTIVIDAD No. 11

Actividades: La ESAL deberá garantizar la realización y/o conmemoraciones especiales y/o encuentros intergeneracionales, ocupación del tiempo libre, actos litúrgicos, brigadas de aseo de personal, así:

Se brindará acompañamiento religioso y espiritual a los adultos mayores respetando sus creencias religiosas, que les brindará a los usuarios, seguridad, sentido de protección y esperanza de vida. Deberá garantizar la participación de los Adultos Mayores en los eventos culturales, deportivos, folclóricos, recreativos, y productivas, inter- institucionales, que fomenten la integración y desarrollo de los usuarios. Además, deberá contar con los elementos deportivos tales como colchonetas, balones, así como los demás elementos que se requieran para la ejecución de las actividades. Por lo cual, deberá realizar un cronograma que será avalado por el supervisor.

En las áreas sociales se deben garantizar juegos tradicionales de mesa entre otros, como (parques, domino, cartas, damas chinas, etc.), para ser practicados por los Adultos Mayores en el tiempo libre.

Descripción del avance: Se logró evidenciar que, en las instalaciones de la Corporación Obra Social San Camilo, y en especial sus áreas sociales, se registraron actividades de juegos de mesa, así garantizaron horas de ocio productivo, para el sano esparcimiento y recreación de los Adultos Mayores.

Se confirmó que Durante este periodo se impartieron talleres de manualidades y artes, dando cumplimiento a los objetivos propuestos por el Programa del Convenio y enmarcados en el Programa de la Corporación Obra Social. Se desarrollaron talleres de pintura, plastilina y agricultura.

Se verificó que la Corporación San Camilo, garantizó la participación de los Adultos Mayores en las diferentes actividades; tanto lúdicas como deportivas, realizadas durante este ciclo, a fin de generar en los Adultos Mayores, participación activa y para que de esta forma ellos se sientan útiles a este grupo social. Específicamente se realizaron olimpiadas deportiva y olimpiadas de la memoria.

Se confirmó que durante este tiempo se le brindó apoyo religioso, en donde se destinó un espacio para la espiritualidad de los Adultos Mayores, llenando sus momentos de recogimiento espiritual.

Todos los días de este periodo, se rezó el Santo Rosario a las 6:30 A.M., al igual que la Eucaristía a partir de las 7:40 A.M.

Se le respetó el no asistir a estos actos religiosos, a los Adultos Mayores que afirman tener diferentes creencias religiosas.

Anexos y Evidencias:





ACTIVIDAD No. 12

Vehículo: El asociado deberá garantizar en la ejecución del convenio que cuenta con un vehículo disponible para el traslado de los adultos mayores del lugar donde se encuentren ejemplo hospital, avenida, administración municipal etc. hasta el centro cuando sean remitidos, así como a las consultas médicas y/o controles que requiera.

Para ese momento, el vehículo deberá contar con equipo de carretera según lo exigido por el Ministerio de Transporte, debe ser modelo mínimo 2011, contar con Seguro Obligatorio SOAT, seguro de Accidente y seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual.

Descripción del avance: Se confirmó que en este periodo se les garantizó movilidad diaria a los Adultos Mayores, con el propósito de cumplir con las diferentes citas médicas u otros compromisos, fuera de la Corporación. Se verifico que el vehículo se encuentra amparado por póliza seguros obligatoria y de responsabilidad civil extracontractual.

Anexos y Evidencias:



ACTIVIDAD No. 13
Será responsabilidad del asociado velar por la buena presentación personal y en el vestir de los adultos mayores durante el día (portar camisas, pantalones, zapatos, etc.)
Deberá realizar los trámites pertinentes ante las instituciones públicas y/o privadas que permita mantener los documentos de los adultos mayores actualizados como cédula, Sisbén, ARS carnet de vacunas, igualmente garantizar los procedimientos de control médico de acuerdo a las recomendaciones del especialista en la salud.

El asociado se compromete a elaborar y ubicar en un lugar visible un pendón con sus respectivos logos alusivos al convenio existente entre las partes.
Elaborar, realizar y dar cabal cumplimiento a los Planes de mejoramiento diseñados a los que haya lugar por parte del supervisor del presente convenio y/o por la secretaria de Gestión Social y Participación Ciudadana.
La Secretaría de Gestión Social y Participación Ciudadana realizará la entrega del listado de beneficiarios al asociado para brindar la atención establecida en el convenio.

Descripción del avance: Se evidenció que las personas mayores gozaron de una adecuada asistencia en el vestido y presentación personal; todos cuentan con EPS, y han asistido a los controles médicos y atención en salud requeridos.

El distintivo alusivo al Convenio
354/2024, con sus respectivos logos, se visualiza fácilmente en un lugar importante y evidente de la corporación.

En este periodo no se generaron planes de mejoramiento.

Anexos y Evidencias:





Dando cumplimiento a lo pactado en el contrato suscrito entre las partes

APORTE DE LA ASOCIACION

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

1.Se realizo la valoración fisioterapéutica de 29 de los 70 usuarios beneficiarios de la alcaldía de Villavicencio, donde se buscaba conocer el estado de salud, su condición física y musculoesquelética actual, basado en este resultado priorizar la población a intervenir con tratamiento fisioterapéutico específico para el diagnóstico encontrado.
2.Se continúa realizando intervenciones de forma grupal en pacientes funcionales para conservar su funcionalidad y ganar capacidad física buscando así mejorar su calidad de vida.
Evidencia:









N.	NOMBRES	APELLIDOS	CC
1	JOSE RAUL	ARTUNDUAGA	17303266
2	JAIME	AYALA	3.061.702
3	JOSÉ	CHISCO JARA	483.798
4	RAFAEL PEREGRINO	DELGADO	4.915.629
5	JOSE MANUEL	DIAZ UMAÑA	487.596
6	FILEMON	MENDOZA HUERTAS	9.505.489
7	FLOR MARIA	RIVEROS	21.225.163
8	FABIO	TRIVIÑO MOYANO	311.307
9	BUENAVENTURA	SANABRIA RUIZ	1.025.163
10	ERNESTO	LOZANO	6.633.513
11	LEONOR	RIOS TORRES	41538295
12	CARLOS ANTONIO	GONZALEZ HUERTAS	11298615
13	NEMECIO	YATE SALAZAR	497066
14	JUAN DE DIOS	MENDOZA ROBLES	17.317.651
15	MARIA AURORA	MENESES MUÑOZ	51811741
16	RAFAEL DEMETRIO	MANCERA MUÑOZ	1.121.856.024
17	RAFAEL	GUTIERREZ LADINO	2.916.204
18	JORGE ARTURO	FERNANDEZ ARANZA	17.301.551
19	JORGE ELIECER	VARGAS BARRERA	3.296.345
20	EMILIO ERNESTO	LEGUIZAMON SORA	14.870.437
21	YOLANDA	SORZA	22.349.029
22	MARIA NELSY	MEDINA	41.447.070
23	VILMA INES	GOMEZ	41338024
24	MERCEDES	RAMIREZ	1121970020
25	JOSE ELIAS	RINCON VELASQUEZ	475778
26	ROSA ELENA	LOPEZ ESCOBAR	21217494
27	NAPOLEON	GIL GIL	10055996
28	ORFIDIA	ROJAS SUAREZ	65697065
29	HERMILDA	TORRES DE PRIETO	21216170

AUXILIARES EN ENFERMERIA







CAMINATAS ECOLÓGICAS

Se llevo a cabo caminata ecológica a sector Kirpas la cuerera, la cual es un sendero de avistamiento de aves y finaliza con el compartir de un refrigerio.











SALIDA LUDICA A CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA DIA 02/04/2024

Se llevo a cabo salida lúdica con los adultos mayores al centro comercial primavera en donde ser ofreció una expedición guiada y s compartió un refrigerio.









CAPACITACION EN JARDINERIA









NOTA: Se adjunta documentación remitida por los licenciados en educación física que evidencian las actividades de educación física realizadas a los adultos mayores, también se anexa contrato de los capacitadores en jardinería.

ANEXO: VALORES DETALLADOS DE LOS ITEMS EJECUTADOS DURANTE EL PRESENTE PERIODO

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 67 ABUELO * 30 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	2010	$5.695	$11.446.950
ALMUERZOS	RACIÓN	2010	$8.226	$16.534.260
CENA	RACIÓN	2010	$5.695	$11.446.950
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	4020	$3.923	$15.770.460
ALOJAMIENTO	POR PERSONA	2010	$12.656	$25.438.560
				$80.637.180

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 1 ABUELO * 11 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	11	$5.695	$62.645
ALMUERZOS	RACIÓN	11	$8.226	$90.486
CENA	RACIÓN	11	$5.695	$62.645
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	22	$3.923	$86.306
ALOJAMIENTO	POR PERSONA	11	$12.656	$139.216
				$441.298

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 2 ABUELO * 24 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	48	$5.695	$ 273.360
ALMUERZOS	RACIÓN	48	$8.226	$ 394.848
CENA	RACIÓN	48	$5.695	$ 273.360
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	96	$3.923	$ 376.608
ALOJAMIENTO	POR PERSONA	48	$12.656	$ 607.488
				$ 1.925.664

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 1 ABUELO * 25 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	25	$5.695	$ 142.375
ALMUERZOS	RACIÓN	25	$8.226	$ 205.650
CENA	RACIÓN	25	$5.695	$ 142.375
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	50	$3.923	$ 196.150
ALOJAMIENTO	POR PERSONA	25	$12.656	$ 316.400
				$ 1.002.950

TALENTO HUMANO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
CUATRO (04) MANIPULADOR(A) DE ALIMENTOS	DÍAS	30	$235.400	$ 7.062.000
DOS (2) AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES	DÍAS	30	$117.700	$ 3.531.000
UN/A PSICÓLOGO (A)	DÍAS	30	$113.904	$ 3.417.120
UN/A NUTRICIONISTA	DÍAS	30	$113.904	$ 3.417.120
CUATRO (4) AUXILIARES DE ENFERMERIA	DÍAS	30	$389.300	$ 11.679.000
UN/A (2) LICENCIADO EN EDUCACIÓN	DÍAS	30	$227.808	$ 6.834.240
				$ 35.940.480

Durante este periodo se compraron 79 kit de aseo, pero solo se entregaron 71, quedando disponibles 8 para el segundo periodo de ejecución.

KIT DE ASEO PERSONAL - 1 ENTREGA				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESODORANTE 50 ml ROLL ON	UND	79	$ 12.880	$ 1.017.520
UN (1) SHAMPO DE 400 ml	UND	79	$ 23.744	$ 1.875.776
un (1) JABÓN DE BAÑO 75 gr	UND	79	$ 4.256	$ 336.224
UNA (1) CREMA DENTAL 100 ml	UND	79	$ 10.416	$ 822.864
UN (1) CEPILLO DE DIENTES	UND	79	$ 5.376	$ 424.704
PAQUETE DE 4 ROLLOS DE PAPEL HIGIENICO	PAQUETE	79	$ 9.744	$ 769.776
PAQUETE DE 3 CUCHILLAS DE AFEITAR	PAQUETE	79	$ 16.135	$ 1.274.665
				$ 6.521.529

APORTE DE LA ASOCIACION

TALENTO HUMANO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA	DÍAS	30	$ 113.904	$ 3.417.120
AUXILIARES EN ENFERMERIA	DÍAS	30	$ 875.925	$ 26.277.750
CAPACITADOR EN JARDINERIA (2)	DÍAS	30	$ 194.650	$ 5.839.500
CAMINATAS ECOLOGICAS INCLUYE TRANSPORTE	UNIDAD	1	$ 250.000	$ 250.000
SALIDA A CENTROS DE RECREACION	UNIDAD	1	$ 800.000	$ 800.000
VEHICULO	UNIDAD	1	$ 1.000.000	$ 1.000.000
ESPECIALISTA EN HSEQ	DIA	30	$ 113.904	$ 3.417.120
				$ 41.001.490

3.EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
BUENA	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
REGULAR	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
NO CUMPLE	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL CONTRATISTA	CALIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO (Oportunidad en la entrega de los productos o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	EXCELENTE
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	EXCELENTE
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	EXCELENTE
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	EXCELENTE

4.CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: Certifico que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente al respectivo periodo así:

CORPORACION SAN CAMILO

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	5/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	42.336.670
Número de Planilla	9465417552
Valor pagado en SALUD	5.193.500
Valor pagado en PENSIÓN	6.774.200
Valor pagado en ARL	264.400

JHON SEBASTINA RAMIREZ TIQUE

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	9/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.366.840
Número de Planilla	8629868250
Valor pagado en SALUD	170.900
Valor pagado en PENSIÓN	218.700
Valor pagado en ARL	14.300

HECTOR ALFONSO CARRILLO GARAVITO

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	3/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.366.848
Número de Planilla	7921536822
Valor pagado en SALUD	170.900
Valor pagado en PENSIÓN	218.700
Valor pagado en ARL	7.200

ANDREY YEVGUENI HERRERA GALAN

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	27/3/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	29399451
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	6.800

Mes de Cotizado	MARZO (CON AJUSTE)
Fecha de Pago	19/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.366.848
Número de Planilla	29643851
Valor pagado en SALUD	170.900
Valor pagado en PENSIÓN	218.700
Valor pagado en ARL	7.200

MISDALIA CONSUELO MUÑOZ COLON

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	11/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	76095901
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

Mes de Cotizado	MARZO (AJUSTE)
Fecha de Pago	15/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.400.000
Número de Planilla	76345740
Valor pagado en SALUD	12.500
Valor pagado en PENSIÓN	16.000
Valor pagado en ARL	2.500

KELYS MILEIDIS ARIZA RIENZO

Mes de Cotizado	MARZO (CON AJUSTE)
Fecha de Pago	15/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.366.848
Número de Planilla	9465655932
Valor pagado en SALUD	170.900
Valor pagado en PENSIÓN	218.700
Valor pagado en ARL	33.300

MARIA ALEJANDRA CORTES PARRADO

Mes de Cotizado	MARZO
Fecha de Pago	10/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7919500535
Valor pagado en SALUD	172.900
Valor pagado en PENSIÓN	218.700
Valor pagado en ARL	90.500

Mes de Cotizado	MARZO (CON AJUSTE)
Fecha de Pago	18/4/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.366.848
Número de Planilla	7923552256
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	95.200

5.CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución

6. CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:

Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

Sistema de Gestión aplicable	Requisito	Cumplió / No Cumplió
Calidad	Usó la documentación vigente establecida aplicable el desarrollo de las obligaciones contractuales.	Cumplió
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	Cumplió
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	Cumplió
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	Cumplió
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	Cumplió

Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	Cumplió
	Se garantizó la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	Cumplió
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	Cumplió

7.BALANCE FINANCIERO DE EJECUCION DEL CONTRATO A LA FECHA. El siguiente es el balance financiero de ejecución del contrato.

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	PORCENTAJE
PRIMER PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$126.469.101	N/A	7/3/2024 AL 6/4/2024	29.28%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$305.417.291	N/A	7/4/2024 AL 6/6/2024	70.72%
VALOR TOTAL APORTE ALCALDIA	$431.886.392	N/A	7/3/2024 AL 6/6/2024	100%

Corporación Obra Social San Camilo

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	%
PRIMER APORTE AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$41.001.490	N/A	7/3/2024 AL 6/4/2024	30.37%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$94.002.980	N/A	7/4/2024 AL 6/6/2024	69.63%
VALOR TOTAL APORTECONTRATISTA	$135.004.470	N/A	7/3/2024 AL 6/6/2024	100%

8. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

Con base en todo lo expuesto, el suscrito SUPERVISOR certifica que durante el **PERIODO No. 01** comprendido entre el **7 de marzo al 6 de abril de 2023,** el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato y todas las demás obligaciones pactadas, entre ellas las relativas al

pago del sistema de seguridad social integral, y en consecuencia, autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **CIENTO VEINTE SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO UN PESOS M/CTE ($126.469.101COP)**. El presente informe se encuentra cargado en la plataforma **SECOP II**

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad social

Liliana Ladino R.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ASTRID LILIANA LADINO
CARGO DEL SUPERVISOR: DIRECTOR DE GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN SECRETARÍA DE GESTIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
TELÉFONO DEL SUPERVISOR: 3107449401

La salud es de todos | Minsalud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 24042620530980

I. INFORMACIÓN GENERAL

2. Lugar donde ocurrió la defunción

Departamento	Municipio
META	VILLAVICENCIO

3. Área donde ocurrió la defunción

Área	Centro poblado
CABECERA MUNICIPAL	

4. Sitio donde ocurrió la defunción: HOSPITAL/CLÍNICA — **Otro cúal?**

5. Institución de salud

Código	Razón Social
500010142101	NUEVA CLÍNICA EL BARZAL SAS

6. Tipo de defunción	7. Fecha en que ocurrió la defunción	8. Hora en que ocurrió la defunción
NO FETAL	2024-03-31	23:50:00

9. País de nacimiento del fallecido: COLOMBIA

Identificación de la Fallecido

10. Tipo de documento	11. Número de documento
CC	3201692

12. Apellido(s) y nombre(s) de la Fallecido (tal como figuran en el documento de identidad)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CORTES	REYES	JULIO	

13. Sexo del fallecido	14. Fecha de nacimiento del fallecido
MASCULINO	1952-03-31

15. Estado conyugal del fallecido	16. Tipo de edad del fallecido	Edad
SIN INFORMACIÓN	DE UN AÑO O MAS (EN AÑOS CUMPLIDOS)	72

17. Último año de estudios que aprobó el fallecido: SIN INFORMACIÓN — **¿Último año aprobado?**

18.La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción

Defunción asociada	Opciones	Ocupación habitual	Ocupación para obtener ingresos
NO		DESCANSAR, DORMIR, COMER O PARTICIPAR EN OTRAS ACTIVIDADES VITALES	

19. De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	

20. Lugar de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año, el de la madre)

País residencia	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO

21. Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año, el de la madre)

Área de residencia	Barrio	Dirección
CABECERA MUNICIPAL	HOGAR SAN CAMILO	HOGAR SANCAMILO

Localidad o Comuna	Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)	Vereda

22. Régimen de seguridad social en salud del fallecido	23. Entidad administradora de salud a la que perteneció el fallecido
SUBSIDIADO	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

La salud es de todos | Minsalud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 24042620530980

24. Probable manera de muerte NATURAL	**25. Certificado de defunción expedido por** MÉDICO TRATANTE

II. DEFUNCIONES FETALES O MENORES DE UN AÑO

26. La muerte fetal o del menor de un año ocurrió con relación al parto	**27. Tipo de parto –el feto o el menor de un año fallecido nació por parto**
28. Multiplicidad –el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo	**29. Tiempo de gestación del feto o del menor de un año fallecido**
30. Peso al nacer del feto o del menor de un año fallecido (doble digitación)	**31. País de nacimiento de la madre del fallecido**

Identificación de la madre del fallecido		**34. Apellido(s) y nombre(s) de la madre del fallecido (tal como figuran en el documento de identidad)**			
32. Tipo de documento	**33. Número de documento**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**	**Primer nombre**	**Segundo nombre**

35. Edad de la madre	**36. Número de hijos nacidos vivos y nacidos muertos de la madre(incluyendo el presente)** **Nacidos vivos** / **Nacidos muertos**
37. Estado conyugal de la madre	**38. Último año de estudios que aprobó la madre** / **¿Último año aprobado?**
39. Régimen de seguridad social en salud de la madre del fallecido	**40. Entidad administradora de la madre del fallecido**

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL

41. ¿Estuvo embarazada?	**42. ¿El embarazo contribuyo a la muerte?**

IV. MUERTES NO NATURALES

43. Probable manera de muerte no natural		
44. ¿Cómo ocurrió el hecho?		
45. Lugar o dirección de ocurrencia del hecho		
Departamento	**Municipio**	**Localidad o Comuna**
Dirección de ocurrencia del hecho		

V.ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

46. ¿Se realizó una cirugía en las últimas 4 semanas? NO	**47. Fecha en la que se practicó la cirugía**
48. Motivo de la cirugía (Explique la razón de la cirugía enfermedad-condición)	

VI.CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

La salud es de todos | Minsalud

VISUALIZACIÓN
DETALLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(No válido para trámites legales)

NÚMERO DE CERTIFICADO: 24042620530980

49. ¿Como determinó la causa de muerte?	50. ¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevó a la muerte?
NECROPSIA MÉDICO LEGAL: ___ NECROPSIA CLÍNICA: ___ HISTORIA CLÍNICA: _X_ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: ___ INTERROGATORIO FAMILIARES: ___ VIGILANCIA DEMOGRÁFICA: ___	SI

51. Causas de la defunción (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, Informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

	Diagnóstico	Tiempo medida	Tiempo valor
Causa A	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	HORAS	5
Causa B	CHOQUE HIPOVOLEMICO	DIAS	3
Causa C	ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILATRANTE CON METASTASIS VIA BILIAR (	AÑOS	1
Causa D			
Otros Estados Patológicos			
Otros Estados Patológicos			

52. Muerte sin certificación médica (Certificado expedido por personal de salud autorizado (Enfermero(a), auxiliar de enfermería, promotor(a) de salud)

VII.DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Identificación del certificador		55. Apellido(s) y nombre(s) del certificador			
53. Tipo de documento	54. Número de documento	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CC	86074203	SANTOFIMIO	MENDEZ	RICARDO	

56. Profesión de quien certifica la defunción	57. Registro profesional
MÉDICO	86074203

58. Lugar y fecha de expedición del certificado		
Departamento	Municipio	Fecha
META	VILLAVICENCIO	2024-04-01

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
NIT 892039417	1	CORPORACION OBRA SOCIAL SAN CAMILO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OBRA SOCIAL SAN CAMILO	VEREDA BRISAS DEL DOA	VILLAVICENCIO-META	6624381	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	557719546	9465417552	E	2024/04/04	2024/04/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$15,847,600

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: OBRA SOCIAL SAN CAMILO (35 Afiliados)					$42,336,670	$6,774,200			$42,336,670	$5,031,000			$40,407,195	$1,616,700			$42,336,670	$207,800		$37,330,525	$1,867,500
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (34 Afiliados)					$42,336,670	$6,774,200			$42,336,670	$5,031,000			$40,407,195	$1,616,700			$42,336,670	$207,800		$37,330,525	$1,867,500
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (34 Afiliados)					$42,336,670	$6,774,200			$42,336,670	$5,031,000			$40,407,195	$1,616,700			$42,336,670	$207,800		$37,330,525	$1,867,500
1	CC	35261278	ACUÑA MARIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
2	CC	1121951473	ARISMENDY TATIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
3	CC	1006417675	BANGUERO ELISABETH	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
4	CC	40420887	BAQUERO JANETH	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
5	CC	1121836897	BOBADILLA MARLENY	230301	11	$476,667	$76,300	EPS003	11	$476,667	$59,600	CCF34	11	$476,667	$19,100	14-23	11	$476,667	$2,500	11	$476,667	$24,000
6	CC	1121836897	BOBADILLA MARLENY	230301	19	$823,334	$131,800	EPS003	19	$823,334	$102,900	CCF34	19	$823,334	$33,000	14-23	19	$823,334	$0	19	$823,334	$41,300
7	CC	1122647022	BOLAÑOS OLAY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
8	CC	1122639033	CASTILLO YULIETH	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$58,000
9	CC	40216250	CHAVARRIA CLAUDIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
10	CC	21002864	GOMEZ OLIVEDO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
11	CC	1121943044	GORBILLO LORENTH	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
12	CC	1121915922	GUARIN SOLANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
13	CC	1109288869	GUTIERREZ PAULA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
14	CC	1121933833	HOYOS INGRID	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
15	CC	1117534234	JIMENEZ DERLY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
16	CC	20971944	LOPEZ MARIA	23-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
17	CC	1002157518	MAZA TANY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
18	CC	1006896184	MORALES KELLY	230301	21	$910,000	$145,600	EPS003	21	$910,000	$113,800	CCF34	21	$812,000	$32,500	14-23	21	$910,000	$4,800	21	$812,000	$40,700
19	CC	35390327	OLAVE VIVIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
20	CC	40419484	ORTEGA ERIKA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
21	CC	40005973	PATIÑO ADRIANA	230301	5	$216,667	$34,700	EPS003	5	$216,667	$27,100	CCF34	5	$216,667	$8,700	14-23	5	$216,667	$0	5	$216,667	$11,200
22	CC	40005973	PATIÑO ADRIANA	230301	25	$1,083,334	$173,400	EPS003	25	$1,083,334	$135,500	CCF34	25	$1,083,334	$43,400	14-23	25	$1,083,334	$5,700	25	$1,083,334	$54,200
23	CC	1121844905	PATIÑO MALLERLY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
24	CC	1121933329	PRECIADO PAOLA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$0	0	$0	$0
25	CC	1121871003	PUERTA KAREN	230301	23	$996,667	$159,500	EPS003	23	$996,667	$124,600	CCF34	23	$996,667	$39,900	14-23	23	$996,667	$5,200	23	$996,667	$50,000
26	CC	1121871003	PUERTA KAREN	230301	7	$303,334	$48,600	EPS003	7	$303,334	$38,000	CCF34	7	$303,333	$12,200	14-23	7	$303,334	$0	7	$303,333	$15,200
27	CC	1040360399	QUEJADA GLORIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
28	CC	1121824403	RAMIREZ LEIDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$908,526	$45,500
29	CC	1006795423	RAMOS JAVIER	230301	13	$650,000	$104,000	EPS002	13	$650,000	$81,300	CCF34	13	$650,000	$26,000	14-23	13	$650,000	$3,400	13	$650,000	$32,500
30	CC	1068729639	RINCON CATERINES	230301	11	$476,667	$76,300	EPS003	11	$476,667	$59,600	CCF34	11	$476,667	$19,100	14-23	11	$476,667	$2,500	11	$0	$0
31	CC	1121919617	RIOS KAREN	23-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
32	CC	21547909	SALGADO LINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	MINCI3	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
33	CC	1121886742	SANCHEZ FREDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
34	CC	1122136038	SANTOS GERMAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
35	CC	40441623	SOLANO ORFELIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
36	CC	40028552	VILLAREAL LEIDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS003	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000
37	CC	1002888775	VIVEROS ESTHER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$1,300,000	$65,000

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$56,600		$1,300,000	$65,000
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$56,600		$1,300,000	$65,000
28	CC 17315364	MENDOZA WILLIAM		0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$56,600	30	$1,300,000	$65,000
Total	**Afiliados(35)**				$42,336,670	$6,774,200			$43,636,670	$5,193,500			$41,707,195	$1,668,700			$43,636,670	$264,400		$38,630,528	$1,932,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 892099417	1	CORPORACION OBRA SOCIAL SAN CAMILO	5 - MENOS DE 200 COTIZANTES	OBRA SOCIAL SAN CAMILO	VEREDA BRISAS DEL GUAYURIBA	VILLAVICENCIO-META	6624381	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	537719546	946547552	E	2024/04/04	2024/04/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$15,847,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				34	$6,774,200	$5,900	$0	$6,780,100
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	1	$208,000	$200	$0	$208,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$400	$0	$416,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	26	$5,110,200	$4,400	$0	$5,114,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$1,040,000	$900	$0	$1,040,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$264,400	$300	$0	$264,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	35	$264,400	$300	$0	$264,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$1,668,700	$1,500	$0	$1,670,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	35	$1,668,700	$1,500	$0	$1,670,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				35	$5,193,500	$4,900	$0	$5,198,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$377,000	$400	$0	$377,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$487,500	$500	$0	$488,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$200	$0	$162,700
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCION	MIN002	901,037,916	1	1	$162,500	$200	$0	$162,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$539,500	$500	$0	$540,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$1,218,800	$1,100	$0	$1,219,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	15	$2,245,700	$2,000	$0	$2,247,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$1,159,500	$1,000	$0	$1,160,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	32	$1,159,500	$1,000	$0	$1,160,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$773,000	$700	$0	$773,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	32	$773,000	$700	$0	$773,700
TOTAL				35	$15,833,300	$14,300	$0	$15,847,600

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JOHN SEBASTIAN RAMIREZ TIQUE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1121931166
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-15
FECHA DE PAGO:	2024-04-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	8629866250
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8623710496
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
FP9037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.368.840	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.500	$ 170.500
230301	800224808	COMFENAR	1	$ 1.368.840	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.700	$ 218.700
14-11	899999730	ARL SURA	1	$ 1.368.840	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.300	$ 14.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.500	$ 403.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/05/2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			HECTOR ALFONSO CARRILLO CARAVITO
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	[illegible]	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otras actividades de atención de la salud humana
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	7921530822	TIPO DE PLANILLA			I- INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible]	AÑO	2024
DÍAS DE MORA	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 218.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.700	$ 0	$ 218.700
SUBTOTALES										$ 218.700	$ 0	$ 218.700

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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 VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 170.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.800	$ 0	$ 0	$ 170.800
SUBTOTALES													$ 170.800	$ 0	$ 0	$ 170.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	SALDO A FAVOR PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.300	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 7.300
SUBTOTALES									$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 7.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	CARRILLO CARAVITO HECTOR ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ [illegible]	NO	230301-PORVENIR	[illegible]	$ 218.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 218.700

SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	[illegible]	$ 170.800	$ 0	$ 170.800	14-25-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	[illegible]	$ 7.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 396.800

Planilla Pagada

68

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANDREI YEVGUENI HERRERA GALAN
IDENTIFICACIÓN:	CC-1121847679
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-03-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-17
FECHA DE PAGO:	2024-03-27
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29399451
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29399451
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/05/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANDREI YEVGUENI HERRERA GALAN
IDENTIFICACIÓN:	CC-1121847679
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-04-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-19
FECHA DE PAGO:	2024-04-19
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29643851
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29643851
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.400	$ 8.500
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.400	$ 8.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 10.700	$ 10.800
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 10.700	$ 10.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
MIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 300	$ 19.500	$ 19.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/05/2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40431181-0	MISDALIA CONSUELO MUÑOZ COLON		CR 35 N 48 - 44	3233924417	misoma_l@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	Independiente			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	1	11/04/2024	7003890	3425.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS035	Sanitas EPS	830251440-6	182.500	0		0		0	0	0	0	182.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Colsan	892000145-3	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	182.500	182.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40431181-0	MISDALA CONSUELO MUÑOZ COLON	CR 35 N 45 - 44	3233824417	misdala1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	1	11/04/2024	76000901	$425,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustituto	Actividad alto riesgo	Suspensión	IGE	LMA	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	LNR	VST	AVP	VCT	IRP	COMPENSACION	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40431181	MUÑOZ COLON MISDALA CONSUELO	37	0			14																	23001	1,300,000	156,000	0	0	0	0	EPS010	1,300,000	102,000	14-03	1,300,000	1	31,700	CCF24	1,300,000	26,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40431181-9	VISDALIA CONSUELO MUÑOZ COLON		CR 35 N 45 - 44	3233924417	misocmul@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
79085601	11/04/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	N	15/04/2024	79345740	$33.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS035	Sanitas EPS	800251440-6	12.500	0		0		0	0	0	0	12.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	16.000	0	0	0	0	0	0		16.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	900811103-5	2.500				2.500	0	0	2.500			25	2.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	2.000	0	0	2.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	12.500	12.500
Pensión	1	16.000	16.000
Riesgos Laborales	1	2.500	2.500
CCF	1	2.000	2.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	33.000	33.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40431181-3	VISDALIA CONSUELO MUÑOZ COLON		CR 35 N 43 - 44	3203824417	misomu@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Dependiente			META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
79095801	15/04/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	N	15/04/2024	76345746	$33.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Estrategia	Colilla cotizante	Recaudo	Ing	Sln	Ige	Irl	Vsp	Vst	Sln	Ige	Irl	Lma	Vac	Avp	Vct	Con	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización + Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4043[illegible]	MUÑOZ COLON VISDALIA CONSUELO	57	1		N															23301	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	175.000	14-23	1.400.000	3	34.223	CCF04	1.400.000	34.223	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Pla la Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55248203		ARIZA RIENZO KELYS WILEIDIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KM 2 ANTIGUA VIA RESTREPO	VILLAVICENCIO-META	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	350552980	9464429984	I	2024/04/03	2024/04/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	2	$403,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tda	vsp	sln	lma	vst	svt	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	cue	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700				$0	$0			$402,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700				$0	$0			$402,200
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700				$0	$0			$402,200
1	CC	55248203	ARIZA KELYS																25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0			$0	$0	No	$402,200
Total		**Afiliados(1)**																			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700				$0	$0			$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55248203		ARIZA RIENZO KELYS WILEIDIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KM 2 ANTIGUA VIA RESTREPO	VILLAVICENCIO-META	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	350552980	9464429984	I	2024/04/03	2024/04/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	2	$403,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$400	$0	$208,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$300	$0	$162,800
TOTAL				1	$402,200	$800	$0	$403,000

2024/04/08 03:32 PM

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 55248303		ARIZA RIDRO KELYS WLEIDIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KM 2 ANTIGUA VIA RESTREPO	V.L.AVICENCIO-META	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	578201861	9465653932	N	2024/04/02	2024/04/15	BANCO DAVIVIENDA	13	$21,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,700	$200	$0	$10,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$10,700	$200	$0	$10,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100	$0	$1,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,600	$100	$0	$1,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$100	$0	$8,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$8,400	$100	$0	$8,500
TOTAL				1	$20,700	$400	$0	$21,100

2024/04/15 11:48 AM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	[illegible]
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARIA ALEJANDRA CORTES PARRADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE [illegible]	TELEFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	[illegible] INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NUMERO PLANILLA:			7919500535	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS:	MES	[illegible] AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	[illegible] AÑO	2024
DIAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaammdd):			2024[illegible]	NUMERO AUTORIZACION:			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	[illegible] PORVENIR	1	$ [illegible]	$0	$0	$0	$0	$ [illegible]	$0	$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]
SUBTOTAL(ES)										$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$0		$0		$0	$ [illegible]	$0	$ [illegible]	$0	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$ [illegible]
SUBTOTAL(ES)													$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$ [illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$0	$0		$0	[illegible]	$ [illegible]	$ 700	$0	$ [illegible]
SUBTOTAL(ES)									$ [illegible]	$ 700	$0	$ [illegible]

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	CORTES PARRADO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ [illegible]		NO	230301-PORVENIR	30	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$0	$0	$0	Normal	$ [illegible]	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$ [illegible]	14-11 - ARL SURA	30	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]		$0		$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL	$ 464,400

77

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1128134808
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		VARIA ALEJANDRA CORTES PARRADO	
SUCURSAL/AGENCIA			META
DIRECCIÓN			7777777
TIPO APORTANTE			INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA			
FORMA DE PRESENTACIÓN			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		79203502256	TIPO DE PLANILLA				
PERIODO COTIZACIÓN APORTES	MES	AÑO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	AÑO		
FECHA DE PAGO			NÚMERO AUTORIZACIÓN				
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	$ 10.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 10.700	$ 200	$ 10.900
SUBTOTALES										$ 10.700	$ 200	$ 10.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AFAVOR	COTIZACIÓN	VALOR AFAVOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS032	EPS SURAMERICANA DE TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.400	$ 0	$ 200	$ 0	$ 5.400	$ 200	$ 0	$ 5.600
SUBTOTALES													$ 5.400	$ 200	$ 0	$ 5.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0		$ 0	$ 4.733	$ 4.700	$ 100	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES								$ 4.700	$ 100	$ 0	$ 4.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						APORTANTE												SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO RESIDENTE EXTRANJERO	Nivel	Nivel	TDC	TSS	DEP	ERP	Mes	Año	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Año	TAP	PENSIÓN												SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MEN	
																							ADMIN	COD COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP				APORTES VOLUNTARIOS		EMPLEADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	COD COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADICIONAL	TOTAL APORTE	ADMIN	COD COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																											SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE																									
1	CC 1128134808	CORTES PARRADO MARIA ALEJANDRA	VOLUNTARIO	VOLUNTARIO AL SISTEMA (SOLO PENSIONES)	$ 1.300.000	N/C																	28/03 - PORVENIR	X	1.333.333	$ 160.000	0	0	0	0	0	0	160.000	P1232 - SALUD TOTAL	X	1.300.000	$ 156.000	0	$ 156.000	P1232 - ARL SURA	X	1.333.333	1	$ 16.000	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0
2	CC 1128134808	CORTES PARRADO MARIA ALEJANDRA	VOLUNTARIO	VOLUNTARIO AL SISTEMA (SOLO PENSIONES)	$ 1.300.000	N/C																	28/03 - PORVENIR	X	1.333.333	$ 160.000	0	0	0	0	0	0	160.000	P1232 - SALUD TOTAL	X	1.300.000	$ 156.000	0	$ 156.000	P1232 - ARL SURA	X	1.333.333	1	$ 16.000	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0
3	CC 1128134808	CORTES PARRADO MARIA ALEJANDRA	VOLUNTARIO	VOLUNTARIO AL SISTEMA (SOLO PENSIONES)	$ 1.300.000	N/C																	28/03 - PORVENIR	X	1.333.333	$ 160.000	0	0	0	0	0	0	160.000	P1232 - SALUD TOTAL	X	1.300.000	$ 156.000	0	$ 156.000	P1232 - ARL SURA	X	1.333.333	1	$ 16.000	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0	0

TOTAL	$ 24.300

77

DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 0 9 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social: CORPORACION OBRA SOCIAL SAN CAMILO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: VDA BRISAS DEL OCOA BRR KIRPAS

42. Correo electrónico: obrasocialsancamilo@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 0 0 0 0 0 1	3 1 5 6 9 7 9 0 5 5	3 1 3 3 4 7 1 8 7 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 3 0	1 9 9 7 0 3 1 0							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	7	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2	5	5												

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 12 - 27 / 16 : 14: 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

884. Nombre: URREA LOPEZ MARIA ROSA

885. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 17-01-2024 01:16:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

80

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 0 0 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	8	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	0 1
72. Número		2 1 2
73. Fecha	1 9 9 7 0 3 1 0	2 0 1 6 0 2 1 9
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 7 0 3 2 0	2 0 1 6 0 5 2 7
77. No. Matrícula mercantil	5 8 2	2 9 2 8 9
78. Departamento	5 0	5 0
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4 0

Vigencia	
80. Desde	1 9 9 7 0 3 2 0
81. Hasta	2 0 6 6 0 2 1 9

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 0 9 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 3 1 1 2 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	4 0 3 7 0 7 0 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
URREA	LOPEZ	MARIA	ROSA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 3 0 6 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 1 2 3 7 4 5 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MEDINA	PARRADO	BLANCA	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 0 9 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	2 1 2 3 7 4 5 5		COLOMBIA 1 6 9	MEDINA	PARRADO	BLANCA					2 0 2 3 0 6 2 4	2 0 2 3 1 1 2 5
2	Cédula de Ciudada 1 3	2 1 2 2 0 0 6 3		COLOMBIA 1 6 9	MESA	MORALES	BLANCA	AYDEE				2 0 2 3 0 6 2 4	
3	Cédula de Ciudada 1 3	4 0 4 0 4 9 7 8		COLOMBIA 1 6 9	HERNANDEZ	SANTAMARIA	LUZ	HELENA				2 0 2 3 0 6 2 4	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	2 1 2 2 1 3 5 0		COLOMBIA 1 6 9	ROJAS	ROJAS	ANA	EVELIA				2 0 2 3 0 6 2 4	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	4 0 4 4 3 8 5 7		COLOMBIA 1 6 9	NIÑO	REYES	MARIA	DE LOS ANGELES				2 0 2 3 0 6 2 4	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

83

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 0 9 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	2 1 2 3 1 6 1 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HENAO	RODRIGUEZ	MARIA	DARCY

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 6 2 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 6 0 7 3 0 5 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CHAVEZ		JHON	ALBEIRO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 6 2 4	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 1 9 9 7 4 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ROJAS	GUZMAN	JOSE	ORLANDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 6 2 4	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	4 0 3 7 0 7 0 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
URREA	LOPEZ	MARIA	ROSA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 1 1 2 5	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14969376865

(415)7707212489984(8020) 000001496937686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 0 9 9 4 1 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 3 8 1 5 1 9		5 8 9 5 0 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
PARIS	GRACIA	PEDRO	JOSE FERNAND

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 6 2 4

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: / / /

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 3 7 5 4 1 8	1	1 4 6 5 3 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
VARGAS	CALVO	ANA	DOLORES

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 7 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	1010-F-GCT-32-V1
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VIGENCIA 30/09/2013
		Documento controlado
	ACTA DE RECIBO DE SUMINISTRO	PAGINA _____ DE _____

ACTA DE RECIBO DE SUMINISTRO DEL CONTRATO No 354 DE 2024

En la ciudad de Villavicencio, a los 5 dias del mes de abril se reunen Corporacion obra social san camilo como contratista y **ASTRID LILIANA LADINO** como supervisor en representacion del Municipio de Villavicencio con el fin de hacer entrega formal al municipio del suministro objeto del contrato, se verificaran cantidades, descripciones, unidades de medida y valores de los elementos entregados.

OBJETO DEL CONTRATO: ANAR ESFUERZOS, RECURSOS Y EXPERIENCIA PARA BRINDAR ATENCIÓN A ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

DESCRIPCION OBJETO DEL CONTRATO

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO INCLUYE I.V.A(si aplica)	VALOR TOTAL
578	Desodorante 50 ml rollon	und	79	12.880	1.017.520
579	Shampoo de 400 ml	frasco	79	23.744	1.875.776
361	jabon de baño 75 gr	und	79	4.256	336.224
581	crema dental de 100 ml	tubo	79	10.416	822.864
582	cepillo de dientes con portacepillos de dientes en plastico	und	79	5.376	424.704
585	papel higienico paquete por 4 rollos	paquete	79	9.744	769.776
583	cuchilla de afeitar paquete por 3	paquete	79	16.135	1.274.665
				VALOR COSTO DIRECTO INCLUYE I.V.A.	**6.521.529**
				I.V.A 19% (si aplica)	**1.041.253**

La supervision verifico que los elementos y caracteristicas anteriormente relacionados corresponden a lo contratado, para constancia de lo anterior firman la presente acta los que en ella intervinieron a los 5 dias del mes de 4 de 2024

Se informa que se requiere la entrega de los anteriores elementos descritos al almacen municipal, requisito indispensable para adelantar el proceso de liquidacion.

CORPORACION SAN CAMILO R/L MARIA ROSA URREA
CONTRATISTA

ASTRID LILIANA LADINO
SUPERVISOR

ELIANA ANDREA VACA ROJAS
ECRETARIA GESTION SOCIA

ELABORO:

ORIGINAL ARCHIVO, 1era COPIA INTERVENTOR, 2da COPIA CONTRATISTA

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

86

ALMACEN GENERAL

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

Fecha: 5 de abril de 2024 **No. 62**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 5/04/2024

Responsable: CORPORACION OBRA SOCIAL SAN CAMILO **Nit:** 892099417

U. Ejecutora: ADMINISTRACION CENTRAL

Contrato 354 05/03/2024 **Otro** REMISION 05/04/2024

Comentarios: SE REALIZA ENTRADA AL CONVENIO 354 DE 2024 CUYO OBJETO ES AUNAR ESFUERZOS RECURSOS Y EXPERIENCIA PARA BRINDAR ATENCION A ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN CENTROS DE PROTECCION SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1115	578	1	DESODORANTE 50 ML ROLL ON	Unidad	79.00	12,880.00	1,017,520,00
	579	1	SHAMPO DE 400 ML	Frasco	79.00	23,744.00	1.875.776,00
	361	4	JABON DE BAÑO 75 GR	Unidad	79.00	4,256.00	336.224,00
	581	1	CEMA DENTAL DE 100 ML	Tubo	79.00	10,416.00	822.864,00
	582	1	CEPILLO DE DIENTES CON PORTACEPILLO DE DIENTES EN PLASTICO PARA ADULTO	Unidad	79.00	5,376.00	424.704,00
	585	1	papel hijienico paquete por 4 rollos	Paquete	79.00	9,744.00	769.776,00
	583	1	CUCHILLA DE AFEITAR PAQUETE POR 3 UNIDADES	Unidad	79.00	16,135.00	1.274.665,00

TOTAL ENTRADA **6.521.529,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
24010190	Cuenta Puente Almacen Funcionamiento		6,521,529.00
5507050407	Kit Materiales y Suministros	6,521,529.00	
		6,521,529.00	**6,521,529.00**

Ronald Arturo Gomez Niño
Almacenista Municipal

Luis Rosa Urrea L.
NOMBRE DEL PROVEEDOR

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

87

ALMACEN GENERAL

COMPROBANTE DE SALIDA DE CONSUMO

Salida por bienes entregados en Servicio (Gastos Generales)

Fecha: 5 de abril dc 2024 **No. 95**

Responsable: ASTRID LILIANA LADINO PEÑA **Nit:** 40445483

Dependencia: DIRECCION DE GRUPOS ESPECIALES PROTECCION

U. Ejecutora: ADMINISTRACION CENTRAL

Solicitud 77 05/04/2024

Comentarios: SE LEGALIZA ENTRADA 62 DE 2024

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
1115	578	1	DESODORANTE 50 ML ROLL ON	Unidad	79.00	12,880.00	1.017.520,00
	579	1	SHAMPO DE 400 ML	Frasco	79.00	23,744.00	1.875.776,00
	581	1	CEMA DENTAL DE 100 ML	Tubo	79.00	10,416.00	822.864,00
	582	1	CEPILLO DE DIENTES CON PORTACEPILLO DE DIENTES EN PLASTICO PARA ADULTO	Unidad	79.00	5,376.00	424.704,00
	583	1	CUCHILLA DE AFEITAR PAQUETE POR 3 UNIDADES	Unidad	79.00	16,135.00	1.274.665,00
	361	4	JABON DE BAÑO 75 GR	Unidad	79.00	4,256.00	336.224,00
	585	1	papel hijienico paquete por 4 rollos	Paquete	79.00	9,744.00	769.776,00

TOTAL SALIDA **6.521.529,00**

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito

RONAL ARTURO GOMEZ NIÑO
ALMACENISTA

Liliana Ladino P.
QUIEN RECIBE