Proceso de Gestión a la Contratación
FORMATO ÚNICO PARA RECONOCIMIENTO Y PAGO DE CUENTAS

N° de Orden de Compra o Contrato:	329		**VIGENCIA:**	2024	**SECOP I**		**SECOP II**		**TVEC**		
Contratista:	Asociacion hogar Geriatrico San JOSE					**Identificación**	822000980-1				
N° de RP	676.					**Vigencia del RP**	2024.				
Tipo de pago:	Anticipo		Parcial	X	Final						
Número de pago:	02 Segundo		**Periodo de Pago:**		Del	05 Abril		Al	04 de mayo		

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Financiera/ SECOP II	Contratación/ SIA
Documentos generales para trámite cuentas de cobro para todos los periodos de pago			
1	Viabilidad de Pago Supervisor/Interventor - **Formato 1010-F-GCT-175** (Aplica para todos los contratos con excepción de los de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión. (Va en todos los periodos de pago del contrato))	/	
2	Certificado de Cumplimiento de Requisitos para Pago - **Formato 1010-F-GCT-157** (Aplica para cuentas con liquidación y en la terminación de cuentas de Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión donde el Ordenador de Gasto son las Secretarías. Según el artículo primero de la Resolución 254/2022).	/	
3	Cuenta de Cobro Formato **1652-F-GCO-13 o Factura Electrónica** (Según responsabilidades Tributarias RUT)		
4	Certificación Bancaria (Todos los pagos incluido anticipos)	/	N/A
5	Copia Registro Presupuestal (Todos los pagos incluido anticipos)	/	N/A
6	Copia Contrato (Primer Pago) / Adiciones / Modificaciones / Prorrogas (Cuando aplique)	/	N/A
7	Acta de Inicio (Adjuntar en cuentas de Anticipos o Primer pago)		N/A
8	Informe de Supervisor o Interventor: • Para cuentas de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión, utilizar formato único: **1010-F-GCT-151** • Para cuentas de contratos de interventoria diferentes a obra utilizar el formato **1010-F-GCT-21** y para contratos de interventoría de obra utilizar el formato: **1010-F-GCT-69** • Para cuentas de órdenes de compra de TVEC, utilizar el formato: **1010-F-GCT-142** • Para cuentas de contratos diferentes a los anteriores utilizar el formato: **1010-F-GCT-22**	/	
9	Informe del Contratista (adjuntar soportes de ejecución de acuerdo a las actividades establecidas en el contrato) • Para cuentas de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión está incluido en formato único: **1010-F-GCT-151** • Para contratos diferentes a Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión, deberá realizarse en formatos propios del contratista.	N/A	
10	Soporte Paz y Salvo de Seguridad Social y parafiscales, según aplique: • **Persona Natural:** Planilla Integrada en la que conste el pago del aporte y el IBC • **Trabajadores Independientes por cuenta propia o con contrato diferente a Prestación de Servicios**: Planilla Integrada en la que conste el pago del aporte y el IBC según aplique esquema de presunción de costos según normatividad vigente. • **Persona Jurídica**: Certificado con firma original, expedido por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a Seguridad Social y Parafiscales durante los últimos seis (6) meses, anexando Tarjeta Profesional, Cédula de Ciudadanía y Antecedentes de la profesión vigentes del Revisor Fiscal (Ley 789 de 2002 Art. 50, Ley 828 de 2005 Art. 1, Ley 1150 de 2007 Art. 32.	/	
11	Copia del RUT (Fecha de generación de impresión menor a 30 días)	/	N/A
12	Declaración de pertenencia a cédula fiscal (Declarante o NO de Renta) -**Formato 1652-F-GCO-11** (Personas naturales)		
13	Certificado de dependencia económica **Formato 1652-F-GCO-14** (Personas naturales)		N/A
14	Certificado de distribución de recursos **Formato 1010-F-GCT-113** (Solo aplica para contratos con RP con más de un rubro de fuentes de financiación)		N/A
Documentos adicionales a los generales, para cuentas de cobro de Anticipos			
15	Designación de Supervisión o Interventoría y copia del Acta Inicio del Contrato de Interventoría (si aplica)		N/A
16	Acta de Plan de Inversión y Manejo de Anticipo, formato (**1010-F-GCT-102)**		
17	Reprogramación ajustada a fecha de Acta de Inicio	N/A	
18	Copia contrato encargo fiduciario y certificación constitución encargo fiduciario (Si aplica)		

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Financiera/ SECOP II	Contratación/ SIA
Documentos adicionales cuentas de cobro Contratos de Suministro,Compraventa de Bienes Inmuebles y Muebles			
19	Acta de recibo de suministro **1010-F-GCT-32** (contrato de Suministro, Compraventa de Bienes Inmuebles/Muebles) (Original para contratación, copia para financiera)		
20	Entrada de Almacén Municipal (Original para contratación, copia para financiera)		
Documentos adicionales a los generales, para cuentas parciales y finales de obra e interventoría			
21	Acta anexa de pago parcial para contratos de obra, interventoría y suministro **(1010-F-GCT-109)**		
22	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-81)** (obra)		
23	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-108)** (interventoría)		
24	Memoria de cálculo **(1010-F-GCT-70)**	N/A	
25	Registro fotográfico **(1010-F-GCT-71)**	N/A	
26	Planos firmados por las partes	N/A	
27	Estudios de suelos (si aplica)	N/A	
28	Acta de terminación de contrato de obra e interventoría **(1010-F-GCT-129)**		
29	Acta de Recibo final del contrato de obra **(1010-F-GCT-33)**		
30	Acta de liquidación de anticipo **(1010-F-GCT-111)** con soportes, consignación de intereses generados y certificación de Tesorería		
31	Acta de liquidación contrato obra **(1010-F-GCT-14)**		
DOCUMENTOS ADICIONALES PARA ÚNICO O ÚLTIMO PAGO DIFERENTE DE OBRA			
32	Certificado de cámara de comercio con fecha de expedición no mayor a 30 días, para cuentas con terminación y/o liquidación (Cuando aplique)	N/A	
33	Acta de Terminación según aplique, (Debe ser publicada en SECOP por el supervisor). • Para contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión **(1010-F-GCT-66)** • Para contratos de arrendamiento, suministros y otros de prestación de servicios **(1010-FGCT-20)**		
34	Copia de la Certificación Contractual firmada por el ordenador del gasto **(1010-F-GCT-152).** (Aplica para todos los contratos debe estar publicada en SECOP II, en el módulo de ejecución del contrato.)	N/A	
35	Acta de Liquidación **1010-F-GCT-31** (Aplica para contratos no descritos en los puntos anteriores)		
36	Formato evaluación del desempeño de proveedores **1010-F-GCT-30** (Aplica para todos los contratos)	N/A	

Nota 1	El contratista debe escanear y cargar la documentación relacionada en la columna "Financiera/SECOP II", en la plataforma SECOP II, módulo Ejecución del Contrato - Plan de pagos y verificar estado "enviado a entidad estatal".
Nota 2	El contratista debe escanear y enviar al email siaobserva@villavicencio.gov.co la documentación relacionada en la columna "Contratación/SIA". Cada documento no debe superar 4000 KB de peso. **Los documentos a enviar son**: Cuenta de cobro/factura, informe del supervisor, informe de contratista (con anexos si aplica), acta de terminación y liquidación (cuando aplique), evaluación del proveedor. Cada archivo debe estar identificado en mayúscula, así: "Número del contrato – vigencia – nombre del documento" Ejemplo: 1079-2023 CUENTA DE COBRO
Nota 3	Para los contratos de TVEC, el contratista debe escanear y enviar al email tiendavirtualdelestadocontratacion@villavicencio.gov.co los siguientes archivos: Para publicar en SIA Observa: INFORME SUPERVISOR 1010-F-GCT-142, INFORME CONTRATISTA, FACTURA, ACTA TERMINACIÓN 1010-F-GCT-140 y Para publicar en la TVEC: PAQUETE DE CUENTA PARA CONTRATACIÓN.
Nota 4	El supervisor debe cargar a la SECOP II módulo "Ejecución del contrato -Documentos de Ejecución del Contrato", el respectivo informe de supervisor.
Nota 5	El sello "VoBo" Contabilidad aplica solo para el paquete que se radica en la Secretaría de Hacienda

VoBo SIA Observa	VoBo Archivo	Radicado Contratación	Radicado Contabilidad

Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión de la Contratación
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA PAGO - SUPERVISOR

Villavicencio, 29 de mayo de 2024

EL SUPERVISOR DESIGNADO

De acuerdo con las facultades otorgadas en la Resolución No. 067 del 16 de mayo de 2022, modificada por la Resolución 1010-67.20/254 de 2022 del 26 de diciembre de 2022, en especial lo contenido en su artículo noveno, se certifica:

Con ocasión al informe y sus anexos se certifica que este ha cumplido con el objeto contractual, y en consecuencia, se autoriza el pago del respectivo periodo. Adicionalmente se verificó que los documentos allegados corresponden con los requisitos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión, cumpliendo con los trámites para que la Secretaria de Hacienda adelante las acciones pertinentes para expedir la orden de pago del siguiente contrato y periodo de ejecución:

CONTRATO No.	CONVENIO DE ASOCIACION No.329 DE 2024
CLASE DE CONTRATO	CONVENIO DE ASOCIACION
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
NOMBRE DEL INTERVENTOR/SUPERVISOR	ASTRID LILIANA LADINO
PERÍODO 1	DEL 05/04/2024 al 04/05/2024
PAGO RESPECTIVO	$95.285.862

Liliana Ladino P.

ASTRID LILIANA LADINO
DIRECTORA DE GRUPOS ESPECIAL PROTECCION

Revisó de Forma y Proyectó: ASTRID LILIANA LADINO

EL SUPERVISION CERTIFICA:

Que la **ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE**, identificado con **NIT 822.000.860-1** y representada legalmente por **MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR**, en desarrollo y ejecución del contrato **No 329 DE 2024,** cuyo objeto es **"ANUAR ESFUERZOS, RECURSOS Y EXPERIENCIA PARA BRINDAR ATENCION A ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN CENTROS DE PROTECCION SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"**; cumplió a satisfacción con las obligaciones contractualmente adquiridas en favor del Municipio de Villavicencio acorde a lo pactado en el respectivo Contrato, haciendo procedente el **PAGO No. 2.**

Que verifiqué el cumplimiento de las obligaciones y recibí el informe por parte del contratista, el cual se remitió en original a la Oficina de Contratación, para ser incorporado en el respectivo expediente contractual.

La presente certificación se expide para efectos del **PAGO No.2** por el valor de **NOVENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS MTE ($95.285.862),** el valor se debe afectar de la siguiente manera:

RP	CDP	DESCRIPCIÓN DE LA CUENTA / RUBRO	VALOR
676	467	BPIN 2020500010155 Implementación de la política publica de vejez y envejecimiento del municipio de Villavicencio, meta.	$95.285.862
		VALOR TOTAL A AFECTAR	$95.285.862

El pago se debe abonar a la cuenta de ahorros No. 6328803040 De Bancolombia, oficina Unicentro, Villavicencio, según certificación aportada.
Así mismo hago constar que se verificaron los pagos de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Salud, Pensión, ARL, realizados por el contratista por el periodo certificado, los cuales están ajustados a las normas legales vigentes. Fotocopia de los mismos acompañan el informe que se remitió a la Oficina de Contratación para archivar en el respectivo expediente contractual.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Villavicencio, a los 29 días del mes de mayo de 2024.

ASTRID LILIANA LADINO
SUPERVISORA

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6fdb56002f7efafa61663f34195c833c2bcb6e2cbf1eb60218dcb09f733d73f70ebcc6feec9f60e4812224b8fb3222a7

Número de Factura: FE-43
Fecha de Emisión: 24/07/2024
Fecha de Vencimiento: 24/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
Nombre Comercial: ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
Nit del Emisor: 822000860
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4792
País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA UNION PD EL YARI
Teléfono / Móvil: 3168218389
Correo: alejagonzalezz980413@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO / ALCALDÍA DE VILLAVIENCIO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892099324
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: Cl. 40 #33 - 64
Teléfono / Móvil: 671 58 59
Correo: alcaldia@villavicencio.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0103	segundo pago parcial del contrato 329 de 2024 comprendido entre el 05 de abril al 04 de mayo de 2024	94	1,00	$ 95.285.862,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 95.285.862,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-07-24 08:50:53
Documento generado el: 2024-07-24 08:50:53
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			95.285.862,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			95.285.862,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			95.285.862,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	95.285.862,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764054405771 Rango desde: 28 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-08-24

Bancaria **Bancolombia**

Villavicencio, 12 de abril de 2024

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar **ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE** identificado con **NIT** Número **822000860** la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura
CUENTA AHORROS	632-808030-40	2003/06/18

La presente Certificación se expide por solicitud del Cliente.

Atentamente,
Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

* **Importante**: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

NIT. 892099324-3

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 676

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 4 de marzo de 2024

Beneficiario ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE **Nit:** 822000860 - 1

No. C.D.P. : 467 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 12 de febrero de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Convenio

Convenio de Asociación: 329 **Fecha:**4/03/2024 **Vence:** 31/12/2024

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

Cto.Utilidad : SECRETARÍA DE GESTION SOCIAL Y PARTICIPACION CIUDADANA

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
[redacted]tos-Inversión [redacted]1 - 2 - 3.41.04.1500.001 - 50	BPIN 2020500010083 Implementación de centro de atención integral para el adulto mayor en el municipio de Villavicencio, meta. **Recurso Propio-Destinación Especifica** **Estampilla adulto Mayor** **Clasificadores** 4104002-63290-210150001-1.2.3.1.19-0-0 330.050.040,00	330.050.040,00
	Total Compromisos	$330.050.040,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Abril	$110.016.680,00
Mayo	110.016.680,00
Junio	110.016.680,00
Valor Total Prog.	$330.050.040,00

ALEZANDRA MONCADA GAMBOA
Directora de Presupuesto

Elaboró: MQUINTERO

Villavicencio, 06 de mayo de 2024

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

Ref.: CONTRATO No. 329 DE 2024, No. DEL PROCESO EN SECOP CD-340-2024, **PERIODO No. 02 del 5 de abril al 4 de mayo de 2024**

OBJETIVO DEL INFORME: Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al municipio de Villavicencio acerca del desarrollo del mismo 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 y demás normativa aplicable.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	329 de 2024- CD 340-2024
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ o SECOP II _X_____
CLASE DE CONTRATO:	CONVENIO DE ASOCIACIÓN
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ASOCIACIÓN HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
No. DE IDENTIFICACIÓN	NIT 822000860-1
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:	ASTRID LILIANA LADINO
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	5/03/2024
CONDICIONES INICIALES	
VALOR DEL CONTRATO (letras y número):	CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON DIEZ

	CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($429.126.997,10) TRESCIENTOS TREINTA MILLONES CINCUENTA MIL CUARENTA PESOS M/CTE ($330.050.040) ASOCIACIÓN HOGAR GERIÁTRICO SAN JOSÉ: NOVENTA Y NUEVE MILLONES SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON DIEZ CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($99.076.957,10,00)		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	3 MESES		
FECHA DE INICIO:	5 DE MARZO DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN:	4 DE JUNIO DE 2024		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	N.A. O NOMBRE DEL NUEVO CONTRATISTA	FECHA:	DIA/MES/AÑO
VALOR DE ADICIÓN:	N.A	FECHA:	N.A
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	N.A		
PRORROGAS	N.A	FECHA:	N.A
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)	N.A		
SUSPENSIONES	FECHA: N.A		
REINICIOS:	____MESES Ó N. A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	N.A		

2.DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del **05/3/2024** y en plataforma **SECOP II**, se me designó como SUPERVISOR del contrato de la referencia, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual correspondiente al **PERIODO 02 del 5/04/2023 al 4/05/2023** de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión adoptado mediante Decreto No. 1000-21/293, vigente desde el 19 de julio de 2016.

Las siguientes son las obligaciones ejecutadas por el contratista en el presente periodo, que corresponden a un porcentaje de avance ejecutado por el municipio del 55.79% del contrato, y un 48.54 % de la ESAL.

1. Prestar el servicio cumpliendo a cabalidad con todas las especificaciones técnicas aquí señaladas, así como en la normatividad vigente durante toda la ejecución del convenio:
   Descripciones avance: Acorde a los informes de supervisión y la revisión presencial y documental La Asociación cumplió con las especificaciones técnicas con durante el periodo el presente periodo ejecutado.

2. En el desarrollo de las actividades contratadas y durante toda la ejecución del convenio velar por la protección de los derechos de los adultos mayores:
   Descripciones avance: En el Marco de los Derechos de los Adultos mayores todas las actividades que realizo el contratista fueron dirigidas a garantizar los derechos de los adultos mayores: envejecimiento digno y activo, favoreciendo la optimización de las condiciones de vida, desde la salud, participación y seguridad, buen vivir, bienestar y calidad de vida

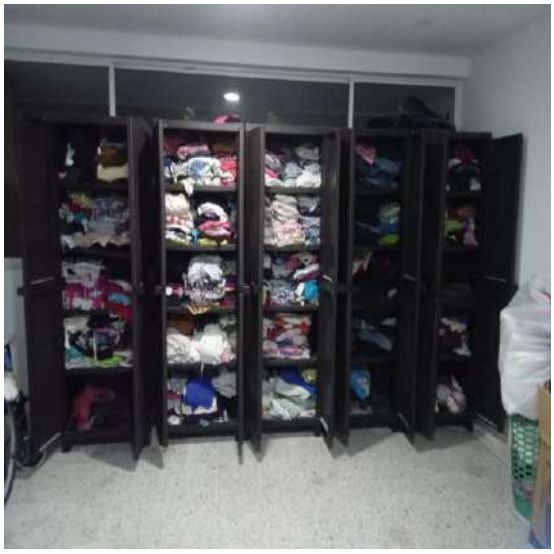
3. Elaborar un documento con la participación de los adultos mayores que permita identificar y socializar las necesidades, experiencias y fortalezas del adulto mayor, el cual deberá ser entregado al municipio al finalizar el convenio con el último informe de ejecución:
   Descripciones avance: El documento se encuentra en construcción y será entregado con el último informe de ejecución del convenio.

4. En la socialización de actividades deberá promoverse una cultura de solidaridad hacia el adulto mayor:
   Descripciones avance: La Asociación al interior promovió la solidaridad y empatía hacia el adulto mayor; todas las actividades que ejecutaron se enmarcaron entorno de ella.

5. Verificar todos los meses que los beneficiarios estén afiliados al régimen subsidiado en salud, para lo cual se elaborará un formato de control el que deberá anexarse en el informe de cada mes de ejecución:
   Descripciones avance: La Asociación gestionó al ingreso de cada uno de los adultos mayores los trámites necesarios que ofrece aseguramiento en salud por medio de los respectivos tramites a las EPS del régimen subsidiado.

6. Presentar mensualmente informe en medio físico y magnético, financiero y contable de las actividades realizaras con ocasión a la ejecución del convenio, acompañado de su respectivo soporte fotográfico y/o fílmico.
   Descripciones avance: Se anexa registro fotográfico de las actividades realizadas durante el periodo ejecutado.














RINCÓN DE JUEGOS





No.	Nombre Completo	No. De documento	Edad	Fecha de ingreso	Periodo de Corte
1	ALIRIO ROMERO MOLSALVE	17.340.752,00	52	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
2	ALVARO ARIAS RAMIREZ	17.323.321,00	65	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
3	FIDEL CASTRO JIMENEZ	17.390.302,00	43	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
4	ANA RUBIELA DÍAZ VALERA	21.233.578,00	63	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
5	JULIO ROBERTO RAMÍREZ	2.890.955,00	84	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
6	NOHORA STELLA BARRIOS ROJAS	52.101.352,00	52	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
7	SILVERIO DE JESUS TORRES GIRALDO	19.086.964,00	72	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
8	RODOLFO ANTONIO ZAMARRA HERRAN	3.292.505,00	76	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
9	BENEDICTO ANTONIO PACHON	493.281,00	86	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
10	ALBEIRO BLANDON HERNANDEZ	17.334.133,00	64	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
11	LAUREANO HERNÁNDEZ TIQUE	14.246.985,00	80	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
12	MARIA NELLY ACOSTA RODRIGUEZ	39.617.740,00	62	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
13	EFRAIN ALVARADO HERRERA	4.357.731,00	86	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
14	ALBERTO RAYO HOLGUIN	17.351.746,00	85	21/01/2022	05/04 al 04/05/2024
15	MARTHA INES HENAO RESTREPO	22.068.484,00	72	22/04/2022	05/04 al 04/05/2024
16	MARIA DEL CARMEN HORMANZA REDONDO	22.687.756,00	71	22/04/2022	05/04 al 04/05/2024
17	JOSE ANGEL RIERA	Venezolano	24	15/11/2022	05/04 al 04/05/2024
18	GERARDO LUNA	79.265.166,00	63	27/09/2023	05/04 al 04/05/2024
19	ARGEMIRO SANCHEZ	19.229.847,00	72	27/09/2023	05/04 al 04/05/2024
20	GUSTAVO ANGEL FERNANDEZ	9.126.921,00	79	29/07/2023	05/04 al 04/05/2024
21	JOSE CLEOFE MURCIA	3.293.865,00	80	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
22	LUZ MARINA GONZALEZ ORTIZ	29.477.066,00	64	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
23	LUIS ALFREDO TORRES PARRADO	492.531,00	85	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
24	BLANCA EDID VALVUENA	1.121.851.302,00	78	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
25	MARIA HERCILIA RESTREPO	40.188.293,00	65	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
26	JOSE VICENTE CASTELBLANCO GALINDO	3.271.431,00	69	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
27	ALVARO HERNANDEZ	1.127.140.495,00	70	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
28	VIRGILIO PUERTO	17.082.944,00	77	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024

29	BALBINO AGUILAR SAAVEDRA	3.292.038,00	75	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
30	JORGE IVAN CARDENAS AMARILES	17.300.412,00	72	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
31	LORENZO HERRERA	3.980.791,00	74	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
32	MARIA GRISELDA VARON BEDOYA	42.110.050,00	74	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
33	LUZ MARINA BERMUDEZ PORTELA	39.554.885,00	62	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
34	GLORIA NANCY BOGOTA	20.476.881,00	50	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
35	WILSON NIÑO RODRIGUEZ	4.270.960,00	55	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
36	JOSE JOAQUIN OVALLE CORTES	11.297.414,00	72	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
37	SONIA GARZON	1.121.976.431,00	70	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
38	MARGARITA REYES MENDOZA	40.217.417,00	84	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
39	MARGARITA MORENO JIMENEZ	21.188.781,00	69	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
40	MARIA CLEMENCIA MORENO	21.189.297,00	58	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
41	JORGE MESA MELO	79.363.673,00	60	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
42	MILLER VARGAS CALDERON	19.336.535,00	63	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
43	VICTOR JULIO ROJAS MARTINEZ	15.364.524,00	68	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
44	ANDRES ADELFO TORRES	474.018,00	74	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
45	JAIME CESPEDES ACOSTA	17.309.273,00	67	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
46	LUCAS PRADO	17.336.683,00	55	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
47	MARISOL LEAL PEREZ	1.121.977.069,00	70	27/09/2022	05/04 al 04/05/2024
48	FERNANDO CAMACHO GUARNIZO	19.327.070,00	63	9/11/2022	05/04 al 04/05/2024
49	MARCO ANTONIO TORO AGUIRRE	1.121.975.446,00	59	30/11/2022	05/04 al 04/05/2024
50	ARTURO HERRERA ARIAS	3.295.667,00	75	16/02/2023	05/04 al 04/05/2024
51	FELIX ANTONIO VACA BUITRAGO	3.271.039,00	75	17/03/2023	05/04 al 04/05/2024
52	OCTAVIANO SOLANO ANZOLA	3.257.125,00	77	7/03/2023	05/04 al 04/05/2024
53	CARLOS ENRIQUE GUARDIOLA PLAZAS	19.129.789,00	73	2/09/2023	05/04 al 04/05/2024
54	CIRO ROBERTO HURTADO	17.183.877,00	76	2/09/2023	05/04 al 04/05/2024
55	CECILIO MONTOYA HUEPA	17.321.487,00	62	18/03/2023	05/04 al 04/05/2024
56	ORLANDO BUESADILLO CRUZ	12.133.859,00	58	10/06/2023	05/04 al 04/05/2024

57	REINALDO ESCOBAR ROJAS	3.290.906,00	78	17/06/2023	05/04 al 04/05/2024
58	JOSE CRISTOBAL OVALLE OVALLE	4.165.145,00	61	31/10/2023	05/04 al 04/05/2024
59	RAFAEL NIETO	17.308.301,00	69	1/11/2023	05/04 al 04/05/2024
60	CARLOS ORLANDO BOLAÑOS	17.326.343,00	69	28/06/2023	05/04 al 04/05/2024
61	FLOR MARINA CRUZ CUINTACO	21.240.806,00	66	7/12/2023	05/04 al 04/05/2024
62	JORGE EDUARDO REYES	3.297.590,00	86	18/02/2024	05/04 al 04/05/2024
63	JORGE ANDRES GRISALES	86044015	50	13/03/2024	05/04 al 04/05/2024
64	ALBINO DA SILVA	3.299.570,00	60	26/03/2024	05/04 al 04/05/2024
65	RAFAEL PEREGRINO	4.915.629,00	99	5/04/2024	05/04 al 04/05/2024
66	LUIS FELUPE CASTRO	4.160.545,00	82	10/04/2024	05/04 al 04/05/2024
67	CARLOS JULIO TAPIERO	3.296.367,00	76	11/04/2024	05/04 al 04/05/2024
68	SEGUNDO TAPIERO	1.662.850,00	89	17/06/2023	05/04 al 04/05/2024

APORTE DE LA ESAL

No.	Nombre Completo	No. De documento	Edad	Fecha de Ingreso	Periodo de corte
1	GABRIEL DÍAZ RODRIGUEZ	17.332.675,00	55 años	30/12/2021	05/04 al 04/05/2024
2	ROSALBA GUERRERO FAJARDO	51.906.768,00	71 años	30/12/2021	05/04/2024 - 04/05/2024
3	DANIEL GUEVARA ALEJO	17.313.945,00	66 años	30/12/2021	05/04/2024 - 04/05/2024
4	ISMAEL RIVERA	4.122.023,00	81 años	30/12/2021	05/04/2024 - 04/05/2024
5	LUIS ALEJANDRO GALEANO	5.597.955,00	77 años	30/12/2021	05/04/2024 - 04/05/2024

7. Entregar copia de las planillas de atención en servicio de salud básica primarios prestados a los adultos mayores:

   Descripciones avance: Se anexa las planillas donde se evidencia las atenciones en salud básica prestada a los adultos mayores y cada adulto mayor cuenta con su carpeta de historia clínica disponible dentro del archivo clínico de la Asociación.

8. Informar al supervisor por escrito y de manera oportuna sobre las novedades especialmente de ingreso o retiro que se presente con los beneficiarios del programa, con el fin de hacer el debido proceso en la base de datos:

Descripciones avance: Durante el presente periodo se beneficiaron 68 adultos mayores aportados por el municipio de Villavicencio y 5 aportados por la ESAL así:

APORTE DEL MUNICIPIO

9. Informar al supervisor con una antelación de mínimo (3) tres días sobre la ejecución de actividades que tiendas a dar cumplimiento a las especificaciones técnicas que requieren su aprobación:

Descripciones avance: La Asociación informo sobre las actividades que realizo durante este periodo.

ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE - CONTRATO 329		
PERSONAL	**No.**	**NOMBRES Y APELLIDO**
Manipuladores Alimentos (4)	1	Nelly Viviana León Pineda
	2	Yessica Paola Gómez Bustos
	3	Ely Giovanna Casas
	4	Viryu Lisset Calvo Tobón
Auxiliares de SG (2)	5	Fredy Palacios Barajas
	6	Oscar Felipe Ospina Gómez
Psicólogo (1)	7	Sandra Patricia Gutiérrez Rodríguez
Nutricionista (1)	8	Sergio Mario Camargo
Auxiliares de Enfermería (4)	9	Flor Mercedes Villa Cardona
	10	Yuri Paulina Zamudio
	11	Odilio Cárdenas Castro
	12	Elsy Janeth Ospina
Licenciados en edu. físico (2)	13	Cristian Camilo Solarte Díaz
	14	Daniel Andres Bustos Mayorga
APORTE ESAL		
Personal auxiliar para autorizaciones medicas	15	Sandra Milena Suarez (PS)
Personal cuidadores para adultos mayores (2)	16	Claudia Milena Torres
	17	Nancy Patricia Ladino Gaitán
Personal mantenimiento y aseo	18	Francia Olinda Hincapié Rincón
Profesional HSEQ	19	Edna Lucero Díaz Obregón
Merly Alejandra González Tovar	20	Representante Legal

10. Atender en forma permanente la ejecución del convenio, siendo la única responsable por la vinculación del personal idóneo, las ausencias de estos, la celebración de convenio y la adquisición de materiales de calidad:

    Descripciones avance: Durante la ejecución del presente periodo se contó con el talento humano dispuesto en el contrato y quienes son idóneos en sus áreas.

11. Abrir una cuenta especial en una entidad financiera legalmente constituida a nombre y con uso exclusivo del convenio, esto a afectos de garantizar la inversión del recurso en el convenio:
    Descripciones avance: La Asociación dispone de la cuenta de ahorro del banco Bancolombia No. 63280803040 para la ejecución del convenio y de uso exclusivo.

12. La entidad reconocida en el manejo de Centros de bienestar del anciano se obliga a presentar de forma oportuna el soporte de pago de los aportes al sistema general de seguridad social de su empresa, así como del personal, a saber, las manipuladoras y profesionales que presten sus servicios para la ejecución del convenio; el informe de actividades de cada uno de los profesionales y/o auxiliares debe venir acompañado de evidencias fotográficas y cada una de las actividades reportadas:

    Descripciones avance: La Asociación se encuentra al día con los pagos de los aportes al sistema general de seguridad social, así como a velado que los contratistas también cumplan con el pago de dichas obligaciones.

ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
REPRESENTANTE LEGAL -
MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	20-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7930414071
Valor pagado en SALUD	167.100
Valor pagado en PENSIÓN	213.800
Valor pagado en ARL	7.000
Valor Pagado Parafiscales	65.000

SANDRA PATRICIA GUTIERREZ RODRIGUEZ
PSICOLOGA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	24/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9998541964
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7.800

SERGIO MARIO CAMARGO
NUTRICIONISTA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	25/04/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9998541964
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7.800

CRISTIAN CAMILO SOLARTE
LICENCIADO EN EDUCACION FISICA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	29/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	953.334
Número de Planilla	9467916705
Valor pagado en SALUD	119.200
Valor pagado en PENSIÓN	152.600
Valor pagado en ARL	10.000

DANIEL ANDRES BUSTOS MAYORGA
LICENCIADO EDUCACION FISICA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04/06/
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.520.000
Número de Planilla	9470037603
Valor pagado en SALUD	190.000
Valor pagado en PENSIÓN	243.200
Valor pagado en ARL	20.200

YESICA PAOLA GOMEZ BUSTOS
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04/06/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923778981
Valor pagado en SALUD	165.800
Valor pagado en PENSIÓN	212.200
Valor pagado en ARL	7000

ELY GIOVANNA CASAS
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09/07/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923743655
Valor pagado en SALUD	208.000
Valor pagado en PENSIÓN	162.500
Valor pagado en ARL	6800

NELLY VIVIANA LEON PINEDA
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09/04/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1062875042
Valor pagado en SALUD	52.000
Valor pagado en PENSIÓN	100.000
Valor pagado en ARL	6.800

VIRYU LISSET CALVO
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09-04-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1062875042
Valor pagado en SALUD	52.000
Valor pagado en PENSIÓN	100.000
Valor pagado en ARL	6800

FREDI PALACIOS BARAJAS
SERVICIOS GENERALES

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923742179
Valor pagado en SALUD	165.300
Valor pagado en PENSIÓN	211.600
Valor pagado en ARL	7.000

OSCAR FELIPE OSPINA GOMEZ
AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923779730
Valor pagado en SALUD	162.200
Valor pagado en PENSIÓN	212.700
Valor pagado en ARL	7000

FLOR MERCEDES VILLA CARDONA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	20-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923744392
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7100

YURI PAULINA ZAMUDIO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923743981
Valor pagado en SALUD	166.700
Valor pagado en PENSIÓN	213.400
Valor pagado en ARL	7000

ELSY JANETH OSPINA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7926176387
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	6800

ODILIO CARDENAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7926296919
Valor pagado en SALUD	166.100
Valor pagado en PENSIÓN	212.600
Valor pagado en ARL	7000

SANDRA MILENA SUAREZ MENDEZ
AUTORIZACIONES MEDICAS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	28/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	8630750432
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

FRANCIA OLINDA HINCAPIE RINCON
MANTENIMIENTO Y ASEO

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9466342680
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

CLAUDIA MILENA TORRES MUÑOZ
CUIDADORA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.00.000
Número de Planilla	9466342680
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

NANCY PATRICIA LADINO GAITAN
CUIDADORA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	860750432
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

13. En el desarrollo de las actividades contratadas dar aplicación a los lineamientos dispuestos en la Ley 1276 de 2009, modificada por la Ley 1850 de 2017 para la atención de los adultos mayores:

    Descripciones avance: Aunque la citada Ley establece criterios de atención integral del adulto mayor en centros vida y no en centro de bienestar que el objeto de este convenio, la Asociación ha tenido en cuenta estos criterios en cuanto a lo aplicable en su caso, de manera que ha prestado atención integral al adulto mayor beneficiario.

14. En las actividades que se requieran cumplir con las normas de sanidad requeridas para la secretaria y dirección local de salud, en cumplimiento de los previsto en el decreto 539 de 2014:
    Descripciones avance: La Asociación presento Resolución de funcionamiento emitida por la secretaria de Salud entidad encargada de vigilar su estricto cumplimiento



RESOLUCIÓN No. 1900-87.18/100 de 2023

LA SECRETARIA DE SALUD DE VILLAVICENCIO, en uso de sus facultades legales y reglamentarias conferidas por la Constitución Política de Colombia artículo 311, las leyes 1281 de 2009, 1276 de 2009, 1315 de 2009, 1850 de 2017, las Resoluciones 504 de 2017, 055 de 2018 y,

CONSIDERANDO:

Que el Municipio de Villavicencio, en cabeza de la Secretaría de Salud mediante Resolución No. 1900-87.18/191 del 27 de septiembre de 2022, renovó la AUTORIZACIÓN CONDICIONADA DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO otorgada a la "ASOCIACIÓN HOGAR GERIÁTRICO SAN JOSÉ", identificada con NIT 822000860-1 como Centro de Protección Social, para la atención integral al Adulto Mayor, en el Municipio de Villavicencio.

Que la representante legal de la Asociación Hogar Geriatrico San José, solicita la renovación de la autorización de funcionamiento con Id de control No. 81190, radicado el 20 de septiembre de 2023, se emite requisarte con documento 1901-15.15/225 enviado al correo electrónico gialponzalezs2014@gmail.com el 26/09/2023, con el cual se informe que para continuar con el trámite de renovación de la autorización de funcionamiento se hace necesario que se complemente la documentación allegada, se recibe certificación de pare del Cierre según radicado id control No. 81827 con fecha del 27 de septiembre del 2023.

Al analizar y evaluación documental de la información allegada por la solicitante con respecto a cada uno de los ítems (4) estándares, se evidencia:

1. *Estándar: Requisitos legales y reglamentarios:*
   - Cámara de comercio con fecha de expedición del 01/09/2023, recibo No. 8001739270, nombre o razón social "ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE", cuya organización jurídica es una entidad sin ánimo de lucro, con representante legal principal: Mary Alejandra Gonzalez Tovar, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.121.883.410 de Villavicencio. Cumple actividad económica principal: Sección que al revisar en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas –CIIU, hace referencia a Actividades de otras asociaciones.
   - Registro Único Tributario -RUT de la Asociación Hogar Geriátrico San José No. NIT 822000860-1. Con reporte de actividad principal código 9499, relacionada con "Actividades de otras Asociaciones" y no con el objeto del establecimiento; es decir, con la Atención Integral al Adulto Mayor. Por lo anterior se indica la No conformidad.
   - Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal, documento a nombre de MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR, identificada con número 1.121.883.410.161 de Villavicencio.
   - En el expediente de solicitud enviado No. 30-2022, reposa copia del RUT del Representante Legal, a nombre de María Alejandra González Tovar actualizado con número de formulario 1929370478.
   - Para efectos de los documentos que acreditan el dominio del inmueble, se tiene en cuenta el convenio No 3052 del 2023, firmado por la Jefe de la oficina de contratación del Municipio de Villavicencio con la Asociación Hogar Geriátrico San José. Cuyo objeto es: Aunar esfuerzos, recursos experiencia para brindar atención a adultos mayores en estado de vulnerabilidad en centros de protección social en el municipio de Villavicencio. En la cláusula tercera determine el alcance del convenio: (...) - Planta física habilitación o domiciliaria. El servicio se prestara en las instalaciones del

Calle 40 No. 32-64 Centro edificio Alcaldía- Piso 8 – NIT. 892.099.204-3 - Código Postal: 500001 - Email: [illegible]

15. Llevar el registro de participantes en las actividades establecidas y aportar para el pago respectivo las planillas:

    Descripciones avance: Se anexa al presente informe las respectivas planillas de seguridad social.

16. Divulgar la participación del municipio en la ejecución de las actividades establecidas:

    Descripciones avance: La Asociación realizo socialización a los beneficiarios del convenio suscrito con el Municipio de Villavicencio

17. Garantizar el talento humano capacitado e idóneo, así como suplir sus ausencias inmediatamente para realizar las actividades, capacitaciones y talleres, de manera que se garantice un buen servicio:

    Descripciones avance: La Asociación garantizo en este periodo el talento humano capacitado e idóneo para su buen funcionamiento.

18. Mantener vigente durante el periodo del presente convenio las gestiones y operaciones administrativas como autorizaciones, licencias y permisos que exige la ley que permitan mantener habilitada la sedes para el buen funcionamiento de los Centro de bienestar del anciano:

    Descripciones avance: La Asociación se encuentra con las vigencias actualizadas respecto a: autorizaciones, licencias, permisos y vigilancia exigida por los entes que la rigen.

19. Permitir el acceso a los libros, comprobantes, documentos, nomina, y la información requerida por el supervisor, en cumplimiento de sus funciones, y en eventuales casos dar información sobre aspectos inherentes al desarrollo del convenio que se consideren necesarios:

    Descripciones avance: La Asociación ha estado a disposición que se acceda a la información requerida durante las visitas de supervisión realizadas.

20. Mantener las instalaciones físicas adecuadas, en condiciones excelentes de aseo e higiene, con el personal idóneo para la atención integral a los ancianos beneficiados:

    Descripciones avance: En las visitas que realizo la supervisión pudo constatar que la Asociación cuento con unas instalaciones en buen estado de mantenimiento y excelente estado de aseo e higiene y el personal dispuesto para ello cuenta con todos los elementos de protección necesario y de ley para realizar estas actividades.









21. Contar con un plan de atención de emergencias médicas que garantice la atención inmediata a los beneficiarios en caso de presentarse una emergencia:

    Descripciones avance: Se tiene contacto directo con el Centro de Salud más cercano porfía.

22. Realizar los pagos de los servicios públicos (agua, energía eléctrica y gas domiciliario), disponer de todo el mobiliario y recursos físicos necesarios para ofrecer el servicio en condiciones de calidad y oportunidad:

    Descripciones avance: La Asociación envía los recibos de los servicios públicos a la administración municipal encargada de esta obligación.

23. Suministrar los alimentos de acuerdo a la minuta nutricional de ICBF y/o a las prescripciones nutricionales de acuerdo a casa caso en particular debidamente firmada por el profesional idóneo:

    Descripciones avance: Se cuentan con minutas nutricionales prescritas por el profesional en nutrición y dietética ajustadas a los diferentes casos de los adultos mayores.

24. Elaborar un cronograma de actividades el cual deberá ser presentado al supervisor para aprobación en el momento que se suscriba el acta de inicio:

    Descripciones avance: La Asociación presento cronograma de actividades a la supervisión para la aprobación.

Hogar Geriátrico San José
"Una sonrisa para un anciano"

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
6 AM	INICIO DIA	INICIO DIA	INICIO DIA	INICIO DIA	INICIO DIA	INICIO DIA	INICIO DIA
8- 9 AM	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
9-10 AM	ACTIVIDAD EDUCADOR FISICO	ACTIVIDAD EDUCADOR FISICO	ACTIVIDAD EDUCADOR FISICO	ACTIVIDAD EDUCADOR FISICO	ACTIVIDAD EDUCADOR FISICO	HORA DE T.V	LIBRE
10- 12 AM	ATENCION PSICOLOGIA	ATENCION PSICOLOGIA	ACTIVIDAD GRUPAL PISICOLOGIA	HORA DE LECTURA	ACTVIDAD GRUPAL PISICOLOGIA	VISITAS	ACTIVIDAD.- RELIGION
12- 1 PM	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
1- 2 PM	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO
3 PM	HORA DE LECTURA	ACTIVIDAD FÍSICA O RECREATIVA	PROYECTO PRODUCTIVO	PROYECTO PRODUCTIVO	ACTIVIDAD FÍSICA O RECREATIVA	PROYECTO PRODUCTIVO	LIBRE
4- PM	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO
5 -PM	HORA DE T.V	HORA DE T.V	HORA DE T.V	HORA DE T.V	HORA DE T.V	HORA DE T.V	HORA DE T.V
5:30 PM	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA
6:30	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS	TRASLADO A DORMITORIOS

COMPROMISOS ESPECIFICOS DEL ASOCIADO

a. Será responsabilidad del asociado velar por la buena presentación del personal y en el vestir de los adultos mayores durante el día (portar camisas, pantalones, zapatos, etc):

Descripciones avance: Los Adultos mayores beneficiarios del programa gozan de excelentes condiciones de presentación personal.





b. Deberá realizar los trámites pertinentes ante las instituciones públicas y/o privadas que permita mantener los documentos de los adultos mayores actualizados como cedula, SISBEN, ARS, carnet de vacunas, igualmente garantiza los procedimientos de control médico de acuerdo a las recomendaciones del especialista en la salud:

Descripciones avance: La Asociación realizo los trámites pertinentes ante las instituciones públicas y privadas, actualizando la documentación pertinente para obtener soportes de atención y documentos como cedula, Sisben, IPS, seguimientos en salud.

c. 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:

Descripciones avance: Durante la ejecución presente periodo se dispuso de un pendón alusivo al convenio suscrito con el municipio de Villavicencio, ubicado en un lugar visible.



d. Elaborar, realizar y dar cabal cumplimiento a los planes de mejoramiento diseñados a los que haya ligar por parte del supervisor del presente convenio y/o por la secretaria de gestión social y participación ciudadana:

Descripciones avance: Durante este periodo se inicia el cumplimiento de plan de mejora elaborado el día 30 de abril de 2024.

e. La secretaria de Gestión Social y Participación ciudadana realizará la entrega del listado de beneficiarios al asociado para brindar la atención establecida en el convenio:

Descripciones avance: Al inicio del convenio se entregó el listado de adultos mayores beneficiarios del programa al apoyo de supervisión y se envió actualizado semanalmente al correo de la Coordinación de Adulto Mayor.

f. Realizar la compra mínima del treinta por ciento (30%) del valor total de los recursos a pequeños productores agropecuarios locales y/o productores de la agricultura campesina, familiar, comunitarias locales y sus organizaciones (ley 204 de 2021 y decreto 248 de 2021.):

Descripciones avance: La Asociación compra a pequeños productores locales, hortalizas en la central de abastos, y mercados campesinos suministro de cárnicos a minoristas, productores de quesos locales, entre otros.

EJECUCION DE ACTIVIDADES TECNICAS

- **ALIMENTACION**

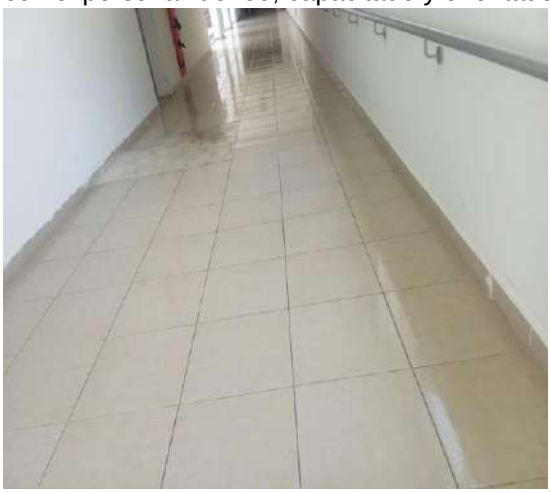
Suministramos las raciones y menús indicados según la minuta patrón del ICBF, se confirmó la entrega de las raciones 2161 por cada abuelo del hogar relacionadas con el desayuno, almuerzo, cena y 4322 refrigerios. La supervisión de los alimentos es monitoreada y guiada mediante minuta del profesional en nutrición.





- **ASEO Y MANTENIMIENTO**

En este periodo cumplimos con la limpieza y desinfección de las instalaciones, para esto se contó con el personal idóneo, capacitado y orientado al desarrollo de las diferentes actividades**.**





- **PRIMEROS AUXILIOS:**

La Asociación 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 ha hecho uso del servicio de urgencias cuando ha sido necesario.

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

Descripción del avance: se hizo entrega de 73 kits de aseo en este periodo.



- **TALENTO HUMANO**

En el Hogar geriátrico contamos con el talento humano necesario para la atención de los adultos mayores, estos fueron los siguientes:

- Cuatro (4) Manipuladoras de alimentos que apoyaron los procesos de preparación de raciones alimenticias debidamente con los protocolos sanitarios y elementos de protección como gorros, delantales, guantes y demás.
- Un (1) psicólogo que prestó atención general a los adultos mayores que habitan en el hogar, realizando seguimiento cognitivo, mental y realizando procesos de autoconocimiento y refuerzos en su identidad.
- Un (1) Nutricionista que aportó y supervisó el proceso de alimentación de los adultos mayores mediante minuta nutricional identificando las patologías, enfermedades y procesos de los adultos mayores del hogar.
- Cuatro (4) auxiliares de enfermería para el cuidado y atención integral las 24 horas del día de los adultos mayores, los cuales suministran medicamentos, curaciones, control de presión arterial, glucómetro y el hogar cuenta con área de enfermería la cual cuenta con camillas, tensiómetro, bala de oxígeno, bascula, etc. Cada adulto mayor cuenta con su bitácora e historia clínica, ingreso, remisión, seguimiento y evolución.
- Dos (2) licenciado en educación física que 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.
- Dos (2) auxiliares de servicios generales que se encargaron de realizar la limpieza, desinfección de los lugares como habitaciones, zonas de estar, cocina, comedores, cuarto de enfermería, baños y demás zonas donde permanecen los adultos mayores.

APORTES DE LA ASOCIACION

Dando cumplimiento a lo pactado en el contrato suscrito entre las partes la Asociación san José aporto:

- Un (1) Auxiliar para autorizaciones y citas medica

Descripción del avance: La ESAL Vinculo a la profesional SANDRA MILENA SUAREZ, la cual realizo las distintas autorizaciones, traslados a los diferentes centros de Salud, y todo lo que implica actividades en salud fuera de las instalaciones del Yari.

- Dos (2) Personal Cuidadores para el de adultos mayores

Descripción del avance: la Asociación vinculo desde el principio de este convenio a los cuidadores CLAUDIA MILENA TORRES MUÑOZ Y NANCY PATRICIA LADINO GAITAN para brindar apoyo a los adultos mayores en lo que se refiere a cuidados específicos.

- Personal de Mantenimiento y Aseo

Descripción del avance: La Asociación vincula a Francia Olinda Hincapié Rincón para que mantuvieran limpias las áreas administrativas y de uso público.

- Encuentros Intergeneracionales:

Descripción del avance: El día 24 de abril de 2024 de 10 am a 3 pm en articulación con el Grupo de Conquistadores y Aventureros niños, niñas y jóvenes adventistas se llevó a cabo actividad intergeneracional cuyo objetivo se centró en el intercambio de experiencias metodología lúdico recreativa se compartieron diferentes actividades como juegos de mesa rifas, actividades físicas y al terminan con un compartir (anexo fotografías)









- Proyectos productivo elaboración y comercialización elementos de aseo





Descripción del avance: Durante el periodo la Asociacion adquirió los insumos y se orientó frente a las medidas de protección para la elaboración de material de aseo y traperos.

- Adultos Mayores en estado de vulnerabilidad (5)

Descripción del avance: La Asociación garantizo la atención integral a cinco (5) adultos mayores:

No.	Nombre Completo	No. De documento	Edad	Periodo de Corte
1	GABRIEL DÍAZ RODRIGUEZ	17.332.675,00	55 años	04/05 al - 04/05/2024
2	ROSALBA GUERRERO FAJARDO	51.906.768,00	71 años	04/05 al - 04/05/2024
3	DANIEL GUEVARA ALEJO	17.313.945,00	66 años	04/05 al - 04/05/2024
4	ISMAEL RIVERA	4.122.023,00	81 años	04/05 al - 04/05/2024
5	LUIS ALEJANDRO GALEANO	5.597.955,00	77 años	04/05 al - 04/05/2024

- Vehículo la ESAL garantizara en la ejecución del convenio un vehiculó disponible para el traslado de los adultos mayores:

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 del Yari.



- Sistemas de Gestión de Calidad:

Descripción del avance: La ESAL contrata a la profesional EDNA LUCERO DIAZ OBREGON profesional que inicia realizando el diagnóstico en que se encuentra la Asociación

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

APORTES DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ALIMENTACIÓN

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 70 ABUELO * 30 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	2100	$ 5.695	$ 11.959.500
ALMUERZOS	RACIÓN	2100	$ 8.226	$ 17.274.600
CENA	RACIÓN	2100	$ 5.695	$ 11.959.500
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	4200	$ 3.923	$ 16.476.600
				$ 57.670.200

ALIMENTACIÓN

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 1 ABUELO * 21 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	21	$ 5.695	$ 119.595
ALMUERZOS	RACIÓN	21	$ 8.226	$ 172.746
CENA	RACIÓN	21	$ 5.695	$ 119.595

REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	42	$ 3.923	$ 164.766
				$ 576.702

ALIMENTACIÓN

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 2 ABUELO * 20 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	40	$ 5.695	$ 227.800
ALMUERZOS	RACIÓN	40	$ 8.226	$ 329.040
CENA	RACIÓN	40	$ 5.695	$ 227.800
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	80	$ 3.923	$ 313.840
				$ 1.098.480

TALENTO HUMANO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 2 ABUELO * 20 DÍAS	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 PSICOLOGO (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

TOTAL, APORTE DEL MUNICIPIO EN EL PRESENTE PERIODO es la suma de NOVENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($95.285. 862.00)

APORTE ASOCIACION

ALIMENTACIÓN

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 5 ABUELITOS * 30 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	150	$ 5.695	$ 854.250
ALMUERZOS	RACIÓN	150	$ 8.226	$ 1.233.900
CENA	RACIÓN	150	$ 5.695	$ 854.250
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	300	$ 3.923	$ 1.176.900

TALENTO HUMANO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
PERSONAL AUXILIAR PARA AUTORIZACIONES Y CITAS MEDICAS	DÍAS	30	$ 97.325	$ 2.919.750
PERSONAL CUIDADOR PARA ADULTOS MAYORES (2)	DÍAS	30	$ 117.700	$ 3.531.000
PERSONAL DE MANTENIMIENTO	DÍAS	30	$ 58.850	$ 1.765.500
ENCUENTROS INTERGENERACIONALES	DÍAS	1	$ 2.800.000	$ 2.800.000
VEHICULO	DÍAS	1	$ 5.500.000	$ 5.500.000
UN HSEQ	DÍAS	30	$ 113.904	$ 3.417.120
				$19.933.370

3.EVALUACIÓN 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)	
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	

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:

ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
REPRESENTANTE LEGAL - MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	20-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7930414071
Valor pagado en SALUD	167.100
Valor pagado en PENSIÓN	213.800
Valor pagado en ARL	7.000
Valor Pagado Parafiscales	65.000

SANDRA PATRICIA GUTIERREZ RODRIGUEZ
PSICOLOGA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	24/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9998541964
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7.800

SERGIO MARIO CAMARGO
NUTRICIONISTA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	25/04/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224

Número de Planilla	9998541964
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7.800

CRISTIAN CAMILO SOLARTE
LICENCIADO EN EDUCACION FISICA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	29/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	953.334
Número de Planilla	9467916705
Valor pagado en SALUD	119.200
Valor pagado en PENSIÓN	152.600
Valor pagado en ARL	10.000

DANIEL ANDRES BUSTOS MAYORGA
LICENCIADO EDUCACION FISICA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04/06/
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.520.000
Número de Planilla	9470037603
Valor pagado en SALUD	190.000
Valor pagado en PENSIÓN	243.200
Valor pagado en ARL	20.200

YESICA PAOLA GOMEZ BUSTOS
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04/06/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923778981
Valor pagado en SALUD	165.800
Valor pagado en PENSIÓN	212.200
Valor pagado en ARL	7000

ELY GIOVANN CASAS
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09/07/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923743655
Valor pagado en SALUD	208.000
Valor pagado en PENSIÓN	162.500
Valor pagado en ARL	6800

NELLY VIVIANA LEON PINEDA

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09/04/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1062875042
Valor pagado en SALUD	52.000
Valor pagado en PENSIÓN	100.000
Valor pagado en ARL	6.800

VIRYU LISSET CALVO
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	09-04-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1062875042
Valor pagado en SALUD	52.000
Valor pagado en PENSIÓN	100.000
Valor pagado en ARL	6800

FREDI PALACIOS BARAJAS
SERVICIOS GENERALES

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923742179
Valor pagado en SALUD	165.300
Valor pagado en PENSIÓN	211.600
Valor pagado en ARL	7.000

OSCAR FELIPE OSPINA GOMEZ
AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923779730
Valor pagado en SALUD	162.200
Valor pagado en PENSIÓN	212.700
Valor pagado en ARL	7000

FLOR MERCEDES VILLA CARDONA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	20-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923744392
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7100

YURI PAULINA ZAMUDIO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7923743981
Valor pagado en SALUD	166.700
Valor pagado en PENSIÓN	213.400
Valor pagado en ARL	7000

ELSY JANETH OSPINA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7926176387
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	6800

ODILIO CARDENAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	04-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7926296919
Valor pagado en SALUD	166.100
Valor pagado en PENSIÓN	212.600
Valor pagado en ARL	7000

SANDRA MILENA SUAREZ MENDEZ
AUTORIZACIONES MEDICAS

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	28/05/2024

IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	8630750432
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

FRANCIA OLINDA HINCAPIE RINCON
MANTENIMIENTO Y ASEO

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9466342680
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

CLAUDIA MILENA TORRES MUÑOZ
CUIDADORA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.00.000
Número de Planilla	9466342680
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

NANCY PATRICIA LADINO GAITAN
CUIDADORA

Mes de Cotizado	ABRIL
Fecha de Pago	07/05/2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	860750432
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

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 (la información completa de la ejecución debe reposar en el expediente contractual, si aplica, anexar CD con la información).

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 para el desarrollo de las obligaciones contractuales.	CUMPLE
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	CUMPLE
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	CUMPLE
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	CUMPLE
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	CUMPLE
Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	CUMPLE
	Se garantiza la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	CUMPLE
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	CUMPLE

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

APORTE DEL MUNICIPIO

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	%
PRIMER PAGO	$ 89.408.994	N/A	5/3/2024 AL 4/4/2024	27.09%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 95.285.862	N/A	5/4/2024 AL 4/5/2024	28,87%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$ 145.355.184	N/A	5/5/2024 AL 4/6/2024	44,04%
VALOR TOTAL APORTE DE LA ALCALDIA	$ 330.050.040	N/A	5/3/2024 AL 4/6/2024	100%

APORTE DE LA ESAL

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	%
PRIMER PAGO	$24.052.670	N/A	5/3/2024 AL 4/4/2024	24.27%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$24.052.670	N/A	5/4/2024 AL 4/5/2024	24.27%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$50.971.617,1	N/A	5/4/2024 AL 4/6/2024	51.46%
VALOR TOTAL APORTE DEL CONTRATISTA	$99.076.957,10	N/A	5/3/2024 AL 4/6/2024	100%

8. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

Con base en todo lo expuesto, el suscrito SUPERVISOR certifica que durante el **PERIODO No. 02** comprendido entre el **5 de abril al 4 de mayo 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 **NOVENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE ($95.285.862.oo COP)**. El presente informe se encuentra cargado en la plataforma **SECOP II**

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad social

Liliana Ladino P.

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

Hogar Geriátrico San José

" Una sonrisa para un anciano "

NIT. 822.000.860 - 1

Villavicenio, 27 de mayo de 2024

CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES

SEÑORES: MUNICIPIO DE VILLAVICENICIO

LEY 1150 DE 2007, ART 23 INC 2

Yo MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR identificada con cedula de ciudadanía N° 1121953410 de Villavicencio, en mi calidad de representante legal de la ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE con NIT 822000860-1, manifiesto que la empresa a cumplido durante los seis meses anteriores a la expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus trabajadores vinculados por contrato, por lo que declaro se encuentra a paz y salvo con las empresas promotoras de salud, eps, fondos de pensiones, administradoras de riesgos-ARL, la caja de compensación familiar, ICBF, y el servicio de aprendizaje nacional senr_a.

Agradezco la atención brindada.

Cordialmente:

MERLY ALEJANDRA GONZALEZ TOVAR

CC 1121953410

REPRESENTANTE LEGAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	822000860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 40 A 20 88 ESTE MZ 36 CS	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros tipos de alojamiento n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7930414071**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	35				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		717096967

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 213.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 213.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 167.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 167.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
892000146	CCF34	CCF34-COFREM META	1	$ 53.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 53.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 26.800
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 40.100
		SUBTOTAL:		**$ 66.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 494.300**
VALOR MORA:	**$ 14.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolo

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	822000860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 40 A 20 88 ESTE MZ 36 CS 11	TELÉFONO:	3166218
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros tipos de alojamiento n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79304140 71	TIPO DE PLANILLA:	E-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO
DÍAS DE MORA:			35		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGAD
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.800	$ 0	$ 208.000	$ 5.800	
SUBTOTALES										**$ 208.000**	**$ 5.800**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAG
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 162.500	$ 4.600	$ 0	
SUBTOTALES													**$ 162.500**	**$ 4.600**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAG
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGAD
CCF34	CCF34-COFREM META	1	$ 52.000	$ 1.500	
SUBTOTALES			**$ 52.000**	**$ 1.500**	

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGAD
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 39.000	$ 1.100	
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 26.000	$ 800	
SUBTOTALES			**$ 65.000**	**$ 1.900**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES								
																										PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF			SENA	ICBF	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	T
1	CC 1121953410	GONZALEZ TOVAR MERLY ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO	01																230301-PORVENIR	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	1.300.000	1	$ 6.800	30	1.300.000	CCF34-COFREM META	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	

TOTAL	$

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	* 1121951026
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ODILIO CARDENAS CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS	TELÉFONO:	3134011
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7926296919	TIPO DE PLANILLA:	I-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO
DÍAS DE MORA:			27		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 208.000	$ 4.600	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 4.600**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.600	$ 0	$ 162.500	$ 3.600	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.600**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF			SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APOR
1	CC 1121951026	CARDENAS CASTRO ODILIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	112195102	$ 6.800	$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121951026
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ODILIO CARDENAS CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS	TELÉFONO:	3134011
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7926296919**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	27				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		675365472	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 212.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 212.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 166.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 166.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 8.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 385.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35254007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURI PAULINE ZAMUDIO GUTIERREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA UNION	TELÉFONO:	3188218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7923743981	TIPO DE PLANILLA:			H
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	
DÍAS DE MORA:			32				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 0	$ 208.000	$ 5.400	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 5.400**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 4.200	$ 0	$ 162.500	$ 4.200	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 4.200**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES					
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DÍAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTA APOR
1	CC 35254007	ZAMUDIO GUTIERREZ YURI PAULINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0		

TOTAL	

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35254007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURI PAULINE ZAMUDIO GUTIERREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923743981**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: abril AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: abril AÑO: 2024	
DÍAS DE MORA:	32				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		680744044	

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 213.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 213.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 166.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 166.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 9.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 387.100**

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 1044391083		CANARGO PADILLA SERGIO MARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 1 # 3 - 19	JUAN DE ACOSTA-ATLANTICO	9999999	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	396371878	9466168925	I	2024/05/22	2024/04/25	BANCOLOMBIA	0	$499,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: JUAN DE ACOSTA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	1044391083	CANARGO SERGIO	CX0221	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

Escaneado con Cam

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 1044391083		CAMARGO PADILLA SERGIO MARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 1 # 1 - 19	JUAN DE ACOSTA-ATLANTICO	3999555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	596371870	9466168923	I	2024/05/22	2024/04/25	BANCOLOMBIA	0	$495,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$254,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$254,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: JUAN DE ACOSTA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,600,000	$254,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	1044391083	CAMARGO SERGIO	2X3321	$1,600,000	$254,020	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	54-4	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,600,000	$254,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

Escaneado con Cam

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42154310
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VIRYU LISSET CALVO TOBON
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA SURIA BARCELONA EL DESCANSO.	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7926162084	TIPO DE PLANILLA:			H
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO
DÍAS DE MORA:			29				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 0	$ 208.000	$ 4.900	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 4.900**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 162.500	$ 3.800	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.800**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COL CAMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	CC 42154210	CALVO TOBON VIRYU LISSET	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800	$ 0			$ 0	$ 0	

TOTAL	

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42154210
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VIRYU LISSET CALVO TOBON
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA SURIA BARCELONA EL	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7926162084**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	29				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		680757530

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 212.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 212.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900298372	EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1	$ 166.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 166.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 8.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 386.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1119946918
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FELIPE ESPINOZA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA UNION	TELÉFONO:	3158218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7923779730	TIPO DE PLANILLA:		I-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO
DÍAS DE MORA:		28			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.700	$ 0	$ 208.000	$ 4.700	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 4.700**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.700	$ 0	$ 162.500	$ 3.700	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.700**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP											
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA	ICB
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1119946918	ESPINOZA GOMEZ OSCAR FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800	$ 0			$ 0	$ 0	

TOTAL	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1119946918
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FELIPE ESPINOZA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923779730**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	28				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	677455618		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 212.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 212.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901543211	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 166.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 166.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 8.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 385.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121836441
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YESSICA PAOLA GOMEZ BUSTOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA UNION	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7923778981	TIPO DE PLANILLA:		I-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO
DÍAS DE MORA:		25			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.200	$ 0	$ 208.000	$ 4.200	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 4.200**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 162.500	$ 3.300	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.300**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD							ARP										CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COL.CAMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1121836441	GOMEZ BUSTOS YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800	$ 0			$ 0	$ 0	

TOTAL	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121836441
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YESSICA PAOLA GOMEZ BUSTOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923778981**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: abril AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: abril AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	25				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	680752130		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 212.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 212.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901543211	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 165.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 165.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002183	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 7.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 385.000**

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: lunes, 22 de abril de 2024 08:28:35 AM

Período del informe: Desde el 01 de abril de 2024 hasta el 30 de abril de 2024

Pagada 09/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GRUPO EMPRESARIAL GYS	**Sucursal**	01 PRINCIPAL
Documento	NI901357561	**Dirección**	CL 11 SUR #18 - 16
Tipo de Empresa		**Teléfono**	6718888
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal	SIERRA CASALLAS JENNIFER DAHIAM	**Identificación**	CC1121822155

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades														Administradoras							IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOT
CC 1031185132	LEON PINEDA NELLY VIVIANA	1062875042	09/04/2024	202403	202404														X				0	30	30	30	NIN-AF	EPS037	14-4	CCF88	$0	$1.300.000	$1.300.000	$1	$0	$52.000	$6.500	$100	$0	$0	$0	$0	$6

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17346244
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FREDI PALACIOS BARAJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA UNION	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7923742071	TIPO DE PLANILLA:		I-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 180.300	$ 1.900	
SUBTOTALES:										**$ 180.300**	**$ 1.900**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.900	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 140.900	$ 1.500	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 140.900**	**$ 1.500**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.900	$ 5.900	$ 100	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 5.900**	**$ 100**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF			SENA	ICB
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOT APOR
1	CC 17346244	PALACIOS BARAJAS FREDI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	05																231001-COLFONDOS	30	$ 1.126.667	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 180.300	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.126.667	$ 140.900	$ 0	$ 140.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.126.667	1	$ 5.900		$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17346244
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FREDI PALACIOS BARAJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923742071**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: marzo AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: marzo AÑO: 2024	
DÍAS DE MORA:	12				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		588720826	

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 182.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 182.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901543211	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 142.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 142.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 327.100**
VALOR MORA:	**$ 3.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 330.600**

aportes en línea

Re: en General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	**dv**	**Razón Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Dirección**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 52153791		GUTIERREZ RODRIGUEZ SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 14 ESTE # 13-49 SUR CASA 20	VILLAVICENCIO-META	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Límite**	**Pago**	**Banco**	**Días Mora**	**Valor**
2024-04	2024-04	1300000025	9998541964	I	2024/05/15	2024/05/24	BANCO BOGOTA	9	$378.500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$ 800,224	800,224			$ 800,224	$162,500			$0	$0			$800,224	$7,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$ 800,224**	**$208,000**			**$ 800,224**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$ 800,224**	**$7,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto.: META (1 Afiliados)					**$800,224**	**$208,000**			**$ 800,224**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$ 800,224**	**$7,800**		**$0**	**$0**
1	CC 52153791	GUTIERREZ SANDRA	230301	30	**$800,224**	$208,000	EPS005	30	**$ 800,224**	$162,500		0	**$0**	**$0**	14-23	30	**$ 800,224**	$7,800	0	**$0**	**$0**
Total	**Afiliados(1)**				**$800,224**	**$208,000**			**$ 800,224**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$ 800,224**	**$7,800**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Re)en General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52153791		GUTIERREZ RODRIGUEZ SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 14 ESTE # 13-49 SUR CASA 20	VILLAVICENCIO-META	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-04	2024-04	1300000025	9998541964	I	2024/06/15	2024/06/24	BANCO BOGOTA	9	$3,780,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$370,500	$0	$0	$378,500

aportes en línea

Re en General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65692057		HINCAPIE RINCON FRANCIA OLINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ J CS 16 LOMALINDA	VILLAVICENCIO-META	6695323	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-04	2024-04	80237338	9466342680	I	2024/05/16	2024/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
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**
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
1	CC 65692057	HINCAPIE FRANCIA	231001	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
Total	**Afiliados(1)**				**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Re: en General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65692057		HINCAPIE RINCON FRANCIA OLINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ J CS 16 LOMALINDA	VILLAVICENCIO-META	6695323	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	80237338	9466342680	I	2024/05/16	2024/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40185332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR MERCEDES VILLA CARDONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO CONCORDIA	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA GUARUPAYAS	TELÉFONO:	3123799195
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NÚMERO PLANILLA:			7923744392	TIPO DE PLANILLA:		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO
DÍAS DE MORA:			42			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR F
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.000	$ 0	$ 208.000	$ 7.000	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 7.000	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO 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	TOTALES VALO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 5.500	$ 0	$ 162.500	$ 5.500	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 5.500	$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 300	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 300	$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 40185332	VILLA CARDONA FLOR MERCEDES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APO
	$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL

2024/06/20 8:24 AM USUARIO: SOI CC40185332

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40185332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR MERCEDES VILLA CARDONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO CONCORDIA	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA GUARUPAYAS	TELÉFONO:	3123799195
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923744392**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	42				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		717862200	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 215.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 215.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 168.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 168.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 12.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 390.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancol

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1122122501
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELSY JANETH OSPINA ARANGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ACACIAS	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA ASTURIAS EL DESCANSO	TELÉFONO:	6560243
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7926176387			TIPO DE PLANILLA:			I-I
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO
DÍAS DE MORA:	28						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/31			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PA
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.700	$ 0	$ 208.000	$ 4.700	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 4.700**	

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 3.700	$ 0	$ 162.500	$ 3.700	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.700**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP													
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APOR
1	CC 1122122501	OSPINA ARANGO ELSY JANETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	112212250	$ 6.800	$ 0					

TOTAL	

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17346244
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FREDI PALACIOS BARAJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	KM 3 VIA ACACIAS VEREDA LA	TELÉFONO:	3168218
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7923742179**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		21			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		677439858

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 211.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 211.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901543211	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 165.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 165.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 6.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 383.900**

Planilla Pagada