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**	x	**TVEC**		
Contratista:	ASOCIACIÓN HOGAR GERIÁTRICO SAN JOSÉ					**Identificación**		822000860-1			
N° de RP	676					**Vigencia del RP**		31/12/2024			
Tipo de pago:	Anticipo		Parcial	x	Final						
Número de pago:	CUARTO		**Periodo de Pago:**		Del	05/06/2024		Al	04/07/2024		

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))	X	
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).	X	
3	Cuenta de Cobro Formato **1652-F-GCO-13 o Factura Electrónica** (Según responsabilidades Tributarias RUT)	X	
4	Certificación Bancaria (Todos los pagos incluido anticipos)	X	N/A
5	Copia Registro Presupuestal (Todos los pagos incluido anticipos)	X	N/A
6	Copia Contrato (Primer Pago) / Adiciones / Modificaciones / Prorrogas (Cuando aplique)	X	N/A
7	Acta de Inicio (Adjuntar en cuentas de Anticipos o Primer pago)	X	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 interventoría 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**	X	
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.	X	
11	Copia del RUT (Fecha de generación de impresión menor a 30 días)	X	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	N/A
16	Acta de Plan de Inversión y Manejo de Anticipo, formato **(1010-F-GCT-102)**	N/A	
17	Reprogramación ajustada a fecha de Acta de Inicio	N/A	
18	Copia contrato encargo fiduciario y certificación constitución encargo fiduciario (Si aplica)	N/A	

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

-	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Financiera/ SECOP II	Contratación/ SIA
ocumentos adicionales cuentas de cobro Contratos de Suministro,Compraventa de Bienes Inmuebles y Muebles			
9	Acta de recibo de suministro **1010-F-GCT-32** (contrato de Suministro, Compraventa de Bienes Inmuebles/Muebles) (Original para contratación, copia para financiera)	N/A	
0	Entrada de Almacén Municipal (Original para contratación, copia para financiera)	N/A	
ocumentos adicionales a los generales, para cuentas parciales y finales de obra e interventoría			
1	Acta anexa de pago parcial para contratos de obra, interventoría y suministro **(1010-F-GCT-109)**	N/A	
2	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-81)** (obra)	N/A	
3	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-108)** (interventoría)	N/A	
4	Memoria de cálculo **(1010-F-GCT-70)**	N/A	
5	Registro fotográfico **(1010-F-GCT-71)**	N/A	
6	Planos firmados por las partes	N/A	
7	Estudios de suelos (si aplica)	N/A	
8	Acta de terminación de contrato de obra e interventoría **(1010-F-GCT-129)**	N/A	
9	Acta de Recibo final del contrato de obra **(1010-F-GCT-33)**	N/A	
0	Acta de liquidación de anticipo **(1010-F-GCT-111)** con soportes, consignación de intereses generados y certificación de Tesorería	N/A	
1	Acta de liquidación contrato obra **(1010-F-GCT-14)**	N/A	
DOCUMENTOS ADICIONALES PARA ÚNICO O ÚLTIMO PAGO DIFERENTE DE OBRA			
2	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	
3	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)**		
4	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	
5	Acta de Liquidación **1010-F-GCT-31** (Aplica para contratos no descritos en los puntos anteriores)		
6	Formato evaluación del desempeño de proveedores **1010-F-GCT-30** (Aplica para todos los contratos)	N/A	

ota 1	El contratista debe escanear y cargar la documentación relacionada en la columna "Financiera/SECOP II", en la plataforma SECOP II, modulo Ejecución del Contrato - Plan de pagos y verificar estado "enviado a entidad estatal".
ota 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
ota 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.
ota 4	El supervisor debe cargar a la SECOP II módulo "Ejecución del contrato -Documentos de Ejecución del Contrato", el respectivo informe de supervisor.
ota 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

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. 4**

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.4** por el valor de **CIENTO VEINTI DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS MT/E ($122.367.990)** el valor se debe afectar de la siguiente manera:

RP	CDP	DESCRIPCIÓN DE LA CUENTA / RUBRO	VALOR
676	457	BPIN 2020500010155 Implementación de la política publica de vejez y envejecimiento del municipio de Villavicencio, meta.	**$ 122.367.990**
		VALOR TOTAL A AFECTAR	$ 122.367.990

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 05 días del mes de Septiembre de 2024

Liliana Ladino P.
ASTRID LILIANA LADINO
Supervisora

Villavicencio, 5 de septiembre de 2024

EL SUSCRITO SUPERVISOR / INTERVENTOR DESIGNADO

De acuerdo con las facultades otorgadas en la Resolución No. 1000-067.20/067 del 16 de mayo de 2022, modificada por la Resolución 1010-67.20/254 del 26 de diciembre de 2022, en especial lo contenido en su artículo noveno:

Teniendo en cuenta que los deberes del supervisor son las de realizar el control, vigilancia y seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, jurídico entre otros del contrato, tendientes a asegurar su correcta ejecución, me permito certificar el cumplimiento contractual y en consecuencia autorizo el siguiente pago:

CONTRATO No / ORDEN DE COMPRA 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 4	DEL 05 DE JUNIO AL 04 DE JULIO 2024
PAGO RESPECTIVO	$ 122.367.990

ASTRID LILIANA LADINO
SUPERVISOR / INTERVENTOR DESIGANDO

Elaboró: ASTRID LILIANA LADINO
DIRECTORA GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCION.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8fb1ee9908a3d4f1ee7151823be29ad623f994f0795bdad6a3cc16ee065615cf0bf5343d456cce11bf13e6840b28a11f

Número de Factura: FE-51
Fecha de Emisión: 16/10/2024
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
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		CUARTO PAGO PARCIAL DEL CONVENIO DE ASOCIACION 329 COMPRENDIDO ENTRE EL 05 DE JUNIO AL 04 DE JULIO DEL 2024	94	1,00	$ 122.367.990,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 122.367.990,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
16/10/2024 11:50:33
Documento validado por la DIAN:
16/10/2024 11:50:34
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			122.367.990,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			122.367.990,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			122.367.990,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	122.367.990,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764078079138 Rango desde: 46 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2025-08-27

Certificación Bancaria

Bancolombia

ningo, 18 de agosto de 2024

ores:
uien pueda interesar

NCOLOMBIA S.A. se permite informar que ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
ntificado(a) con NIT. 822000860 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el
anco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	632-808030-40	2003/06/18	Activa

mportante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Villavicencio, 5 de septiembre 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. 04 del 5 de junio al 4 de julio 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:	$158.977.620	FECHA:	4-6-2024
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	$489.027.660		
PRORROGAS	1 MES Y 15 DIAS	FECHA:	4-6-2024
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)	4 MESES Y 15 DIAS		
SUSPENSIONES	FECHA: N.A		
REINICIOS:	MESES Ó N. A.	FECHA:	DIA/MES/AÑO
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	19 E JULIO DE 2024		

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 04 del 5/06/2023 al 4/07/2023** 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 100 % del contrato inicial, y el 45.03 % de la adición , un 94.26% 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, favoreciendo con las actividades la optimización de las condiciones de vida, desde la salud, participación y seguridad, buen vivir, bienestar y calidad de vida y demás contempladas en el cumplimiento de los Derechos de la Población Adulta Mayor.

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 conforme a la solicitud del mismo.

4. En la socialización de actividades deberá promoverse una cultura de solidaridad hacia el adulto mayor:

   Descripciones avance: La Asociación exhibió acciones de solidaridad en todas las áreas de intervención (física, psicológica, medica, nutricional, recreación) entorno a la satisfacción de necesidades de los adultos mayores beneficiarios.

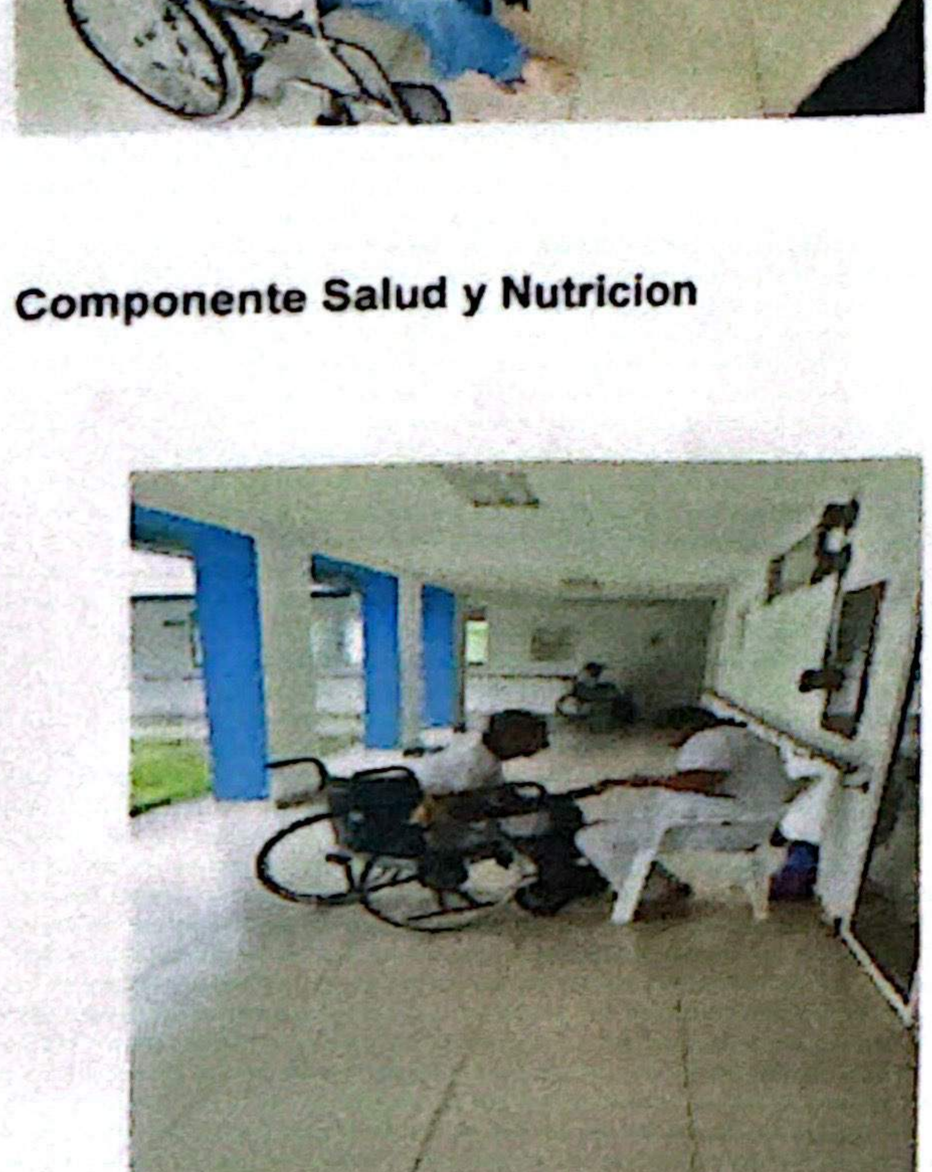
5. Verificar todos los meses que los beneficiarios estén afiliados al régimen subsidiado en salud, para lo cual se elaborará un formato de control el que deberá anexarse en el informe de cada mes de ejecución:

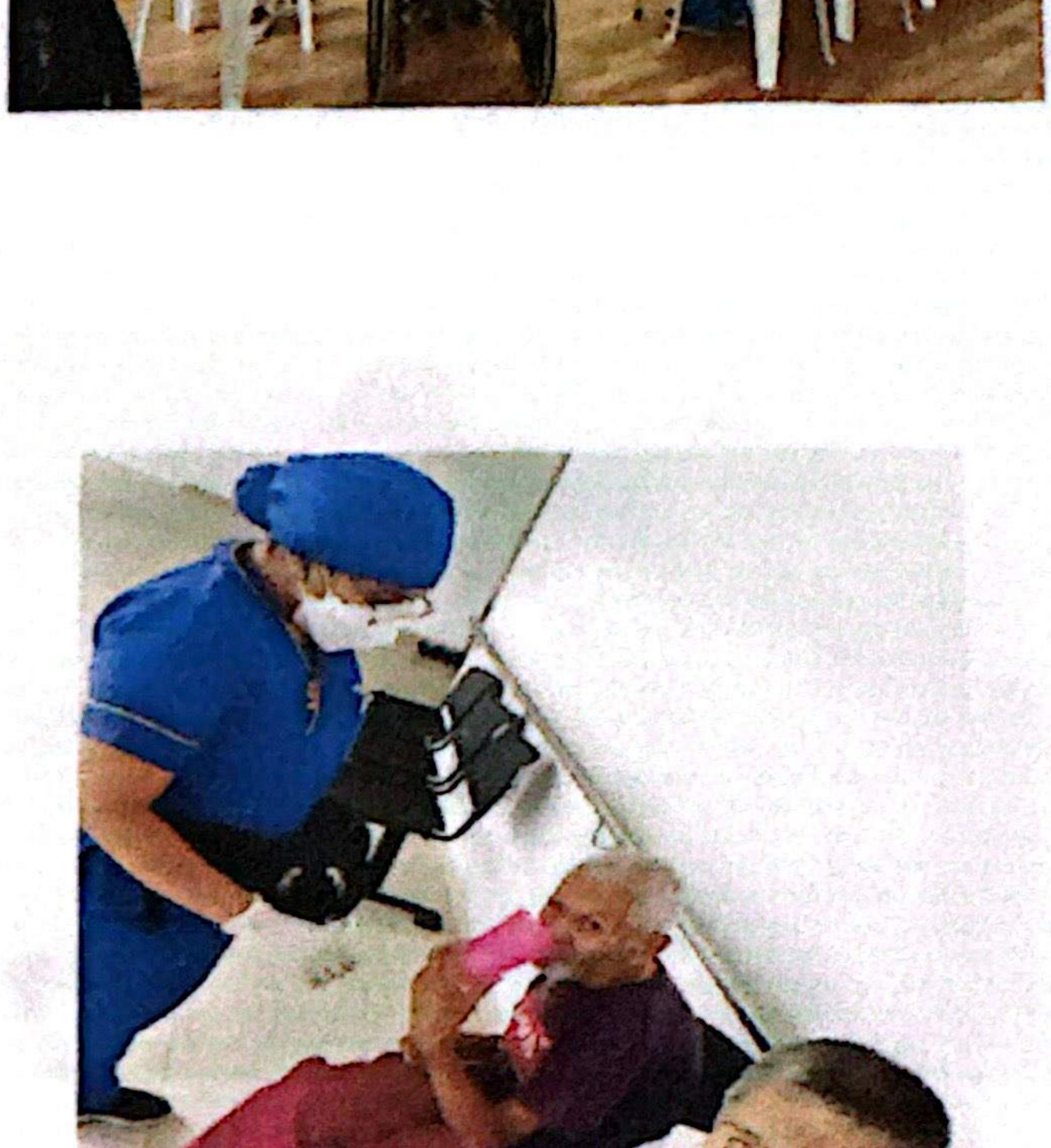
   Descripciones avance: La Asociación realizo tramites dirigidos a la vinculación se loa adultos mayores que requirieron de aseguramiento en salud.

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 al presente informe registro fotográfico de las actividades realizadas durante el periodo ejecutado.

Componente recreacion:





Componente Salud y Nutricion







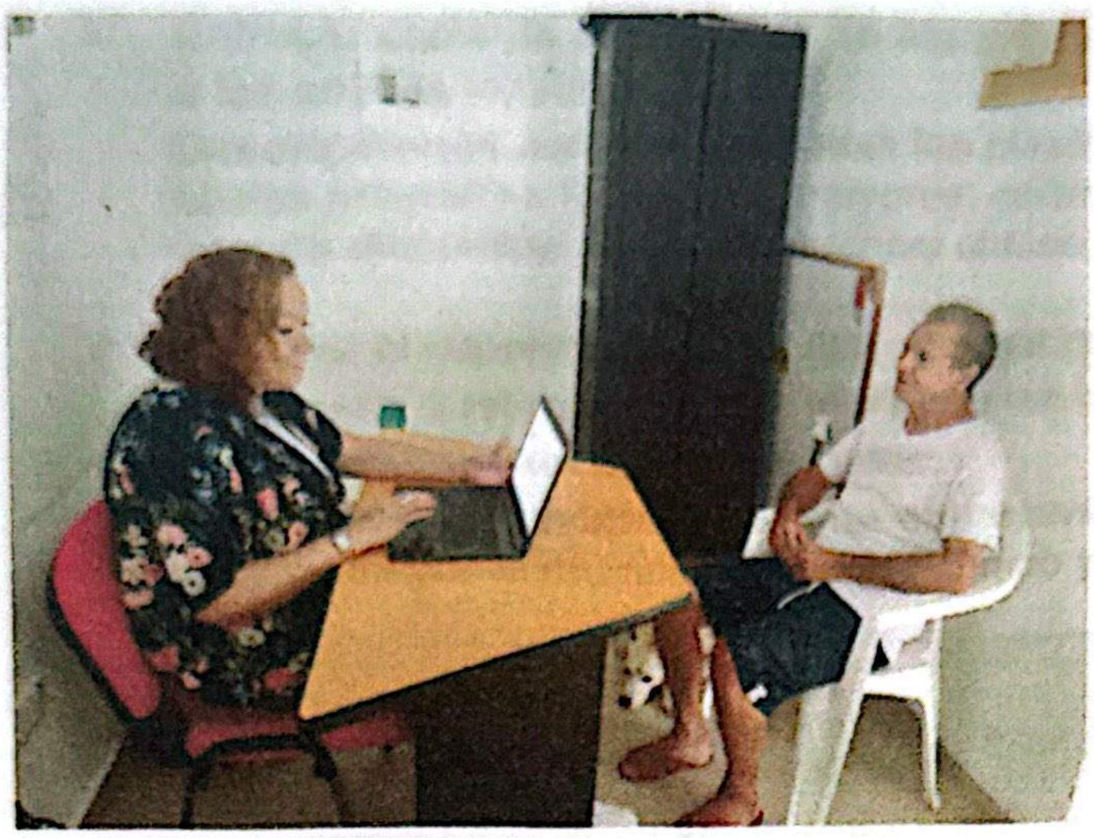




Componente de atencion Fisica y Psicologica









Mantenimiento y Aseo









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; cada adulto mayor cuenta con su historia de atención integral 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 66 adultos mayores aportados por el municipio de Villavicencio y 5 aportados por la ESAL así:

No.	Nombre Completo	No. De documento	Edad	Fecha de ingreso	Periodo de Corte
1	ALIRIO ROMERO MOLSALVE	17340752	52	30/12/2021 - RETARDO MENTAL	05/06/2024 al 04/07/2024
2	ALVARO ARIAS RAMIREZ	17323321	65	30/12/2021	05/06/ 2024 al 04/07/2024
3	FIDEL CASTRO JIMENEZ	17390302	43	30/12/2021 - RETARDO MENTAL	05/06/2024 al 04/07/2024
4	ANA RUBIELA DÍAZ VALERA	21233578	63	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024
5	SILVERIO DE JESUS TORRES GIRALDO	19086964	72	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024
6	RODOLFO ANTONIO ZAMARRA HERRAN	3292505	76	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024
7	JULIO ROBERTO RAMÍREZ	2890955	84	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024
8	NOHORA STELLA BARRIOS ROJAS	52101352	52	30/12/2021 - RETARDO MENTAL	05/06/2024 al 04/07/2024
9	BENEDICTO ANTONIO PACHON	493281	86	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024
10	ALBEIRO BLANDON HERNANDEZ	17334133	64	30/12/2021	05/06/2024 al 04/07/2024

11	LAUREANO HERNÁNDEZ TIQUE	14246985	80	30/12/2021	05/06/ 2024 al 04/07/2024
12	MARIA NELLY ACOSTA RODRIGUEZ	39617740	62	30/12/2021	05/06/ 2024 al 04/07/2024
13	EFRAIN ALVARADO HERRERA	4357731	86	30/12/2021	05/06/ 2024 al 04/07/2024
14	ALBERTO RAYO HOLGUIN	17351746	85	21/01/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
15	MARTHA INES HENAO RESTREPO	22068484	72	22/04/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
16	MARIA DEL CARMEN HORMANZA REDONDO	22687756	71	22/04/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
17	JOSE ANGEL RIERA	Venezolano	24	15/11/2022 / ORDEN DE TUTELA	05/06/ 2024 al 04/07/2024
18	GERARDO LUNA	79265166	63	27/09/2023	05/06/ 2024 al 04/07/2024
19	ARGEMIRO SANCHEZ	19229847	72	27/09/2023	05/06/ 2024 al 04/07/2024
20	JOSE CLEOFE MURCIA	3293865	80	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
21	LUZ MARINA GONZALEZ ORTIZ	29477066	64	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
22	LUIS ALFREDO TORRES PARRADO	492531	85	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
23	BLANCA EDID VALVUENA	1121851302	78	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
24	MARIA HERCILIA RESTREPO	40188293	65	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
25	JOSE VICENTE CASTELBLANCO GALINDO	3271431	69	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
26	ALVARO HERNANDEZ	1127140495	70	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
27	VIRGILIO PUERTO	17082944	77	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
28	BALBINO AGUILAR SAAVEDRA	3292038	75	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
29	JORGE IVAN CARDENAS AMARILES	17300412	72	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
30	LORENZO HERRERA	3980791	74	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024

31	MARIA GRISELDA VARON BEDOYA	42110050	74	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
32	LUZ MARINA BERMUDEZ PORTELA	39554885	62	27/09/2022	05/06/ 2024 al 04/07/2024
33	GLORIA NANCY BOGOTA	20476881	50	27/09/2022 / RETARDO MENTAL	05/06/ 2024 al 04/07/2024
34	WILSON NIÑO RODRIGUEZ	4270960	55	27/09/2022 / DISCAPACIDAD COGNITIVA	05/06/2024 al 04/07/2024
35	JOSE JOAQUIN OVALLE CORTES	11297414	72	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
36	SONIA GARZON	1121976431	70	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
37	MARGARITA REYES MENDOZA	40217417	84	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
38	MARGARITA MORENO JIMENEZ	21188781	69	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
39	MARIA CLEMENCIA MORENO	21189297	58	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
40	JORGE MESA MELO	79363673	60	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
41	MILLER VARGAS CALDERON	19336535	63	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
42	VICTOR JULIO ROJAS MARTINEZ	15364524	68	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
43	ANDRES ADELFO TORRES	474018	74	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
44	JAIME CESPEDES ACOSTA	17309273	67	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
45	LUCAS PRADO	17336683	55	27/09/2022 / PARKINSSON DISCAPACIDDA FISICA	05/06/2024 al 04/07/2024
46	MARISOL LEAL PEREZ	1121977069	70	27/09/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
47	FERNANDO CAMACHO GUARNIZO	19327070	63	9/11/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
48	MARCO ANTONIO TORO AGUIRRE	1121975446	59	30/11/2022	05/06/2024 al 04/07/2024
49	ARTURO HERRERA ARIAS	3295667	75	16/02/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
50	FELIX ANTONIO VACA BUITRAGO	3271039	75	17/03/2023	05/06/2024 al 04/07/2024

51	OCTAVIANO SOLANO ANZOLA	3257125	77	7/03/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
52	CARLOS ENRIQUE GUARDIOLA PLAZAS	19129789	73	2/09/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
53	CIRO ROBERTO HURTADO	17183877	76	2/09/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
54	CECILIO MONTOYA HUEPA	17321487	62	18/03/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
55	JOSE CRISTOBAL OVALLE OVALLE	4165145	61	31/10/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
56	RAFAEL NIETO	17308301	69	1/11/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
57	CARLOS ORLANDO BOLAÑOS	17326343	69	28/06/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
58	JORGE EDUARDO REYES	3297590	86	18/02/2024	05/06/2024 al 04/07/2024
59	JORGE ANDRES GRISALES	86044015	50	13/03/2024 / ORDEN JUDICIAL	05/06/2024 al 04/07/2024
60	ALBINO DA SILVA	3299570	60	26/03/2024	05/06/2024 al 04/07/2024
61	REINALDO ESCOBAR ROJAS	3290906	78	17/06/2023	05/06/2024 al 04/07/2024
62	RAFAEL PEREGRINO	4915629	99	5/04/2024	05/06/2024 al 04/07/2024
63	LUIS FELIPE CASTRO	4160545	82	10/04/2024	05/06/2024 al 04/07/2024
64	GUSTAVO ANGEL FERNANDEZ	9126921	79	5/06/2024	05/06/ 2024 al 04/07/2024
65	SEGUNDO TAPIERO	1662850	89	17/06/2023	05/06/2024 al 1/7/2024 FALLECIO EL DIA 01 DE JULIO DE 2024
66	FLOR MARINA CRUZ CUINTACO	21240806	66	7/12/2023	05/06/2024 al 17/6/2024 FALLECIO EL DIA 17 DE JUNIO DE 2024

APORTE 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	05/06/2024 al 1/7/2024
2	ROSALBA GUERRERO FAJARDO	51.906.768,00	71 años	30/12/2021	05/06/2024 al 1/7/2024
3	DANIEL GUEVARA ALEJO	17.313.945,00	66 años	30/12/2021	05/06/2024 al 1/7/2024
4	ISMAEL RIVERA	4.122.023,00	81 años	30/12/2021	05/06/2024 al 1/7/2024
5	LUIS ALEJANDRO GALEANO	5.597.955,00	77 años	30/12/2021	05/06/2024 al 1/7/2024

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.

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.





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

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	JUNIO
Fecha de Pago	22-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7934875294
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	JUNIO
Fecha de Pago	10-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9923778926
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	JUNIO
Fecha de Pago	28-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9468097976
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	JUNIO
Fecha de Pago	12-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	953.334
Número de Planilla	9468970511
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	JUNIO
Fecha de Pago	19-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.520.000

Número de Planilla	9470037523
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7928713551
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937310220
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	JUNIO
Fecha de Pago	05-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1063504216
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	JUNIO
Fecha de Pago	13-08-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	79287139224
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7934842981
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937305561
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	JUNIO
Fecha de Pago	23-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7942758949
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7100

SERGIO LEONARDO LOPEZ
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	JUNIO
Fecha de Pago	24-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7931317274
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937308870
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7928623641
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	JUNIO
Fecha de Pago	12-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9468967942
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	JUNIO
Fecha de Pago	15-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9469199958
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	JUNIO
Fecha de Pago	11-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.000.000
Número de Planilla	9469347570

Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

NANCY PATRICIA LADINO GAITAN
CUIDADORA

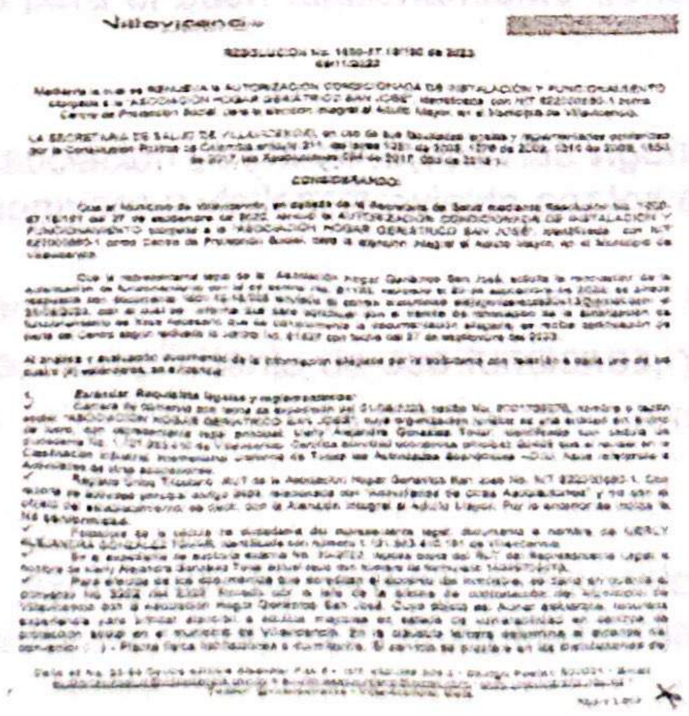
Mes de Cotizado	JUNIO
Fecha de Pago	24-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	8659903781
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	31.700

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



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 sin modificaciones para el presente periodo.

Hogar Geriátrico San José

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	ACTIVIDAD 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 FISICA O RECREATIVA	PROYECTO PRODUCTIVO	PROYECTO PRODUCTIVO	ACTIVIDAD FISICA 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: No se presentaron planes de mejora para el periodo.

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**

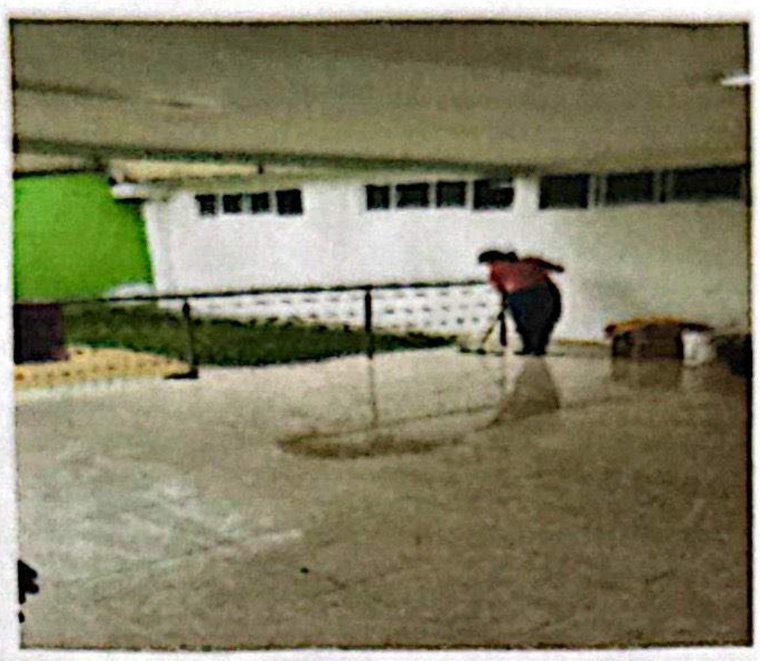
Suministramos las raciones y menús indicados según la minuta patrón del ICBF, se confirmó la entrega de las raciones 2161 por cada abuelo del hogar relacionadas con el desayuno, almuerzo, cena y 4322 refrigerios. La supervisión de los alimentos es monitoreada y guiada mediante minuta del profesional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

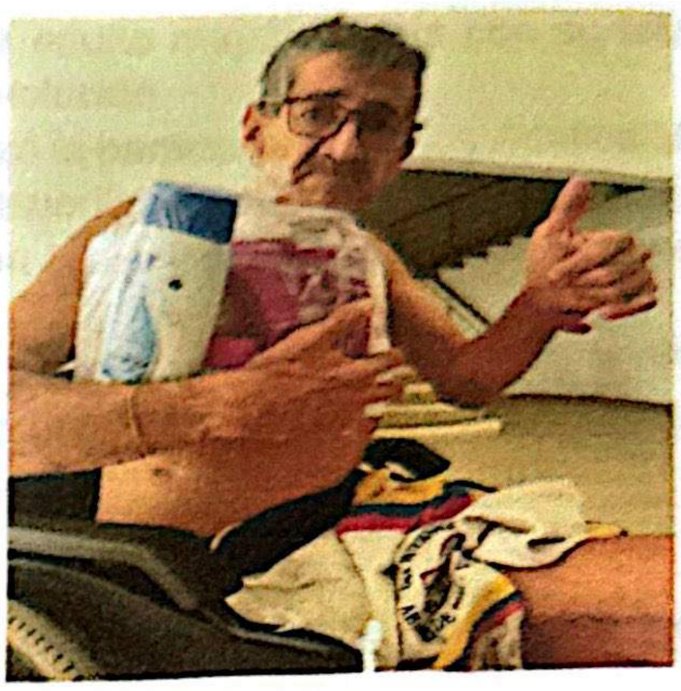
La Asociación conservó los elementos de primeros auxilios, para respaldar la atención en caso de emergencia o desastre. De igual forma el servicio de enfermería, fue por las 24 horas, para entregar una atención completa a los Adultos Mayores y se ha hecho uso del servicio de urgencias cuando ha sido 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: en este periodo se hizo entrega de los kits de aseo.









- **DOTACION:** Se hizo entrega de la dotación registros fotográficos # anterior.

- **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 oxigeno, 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.





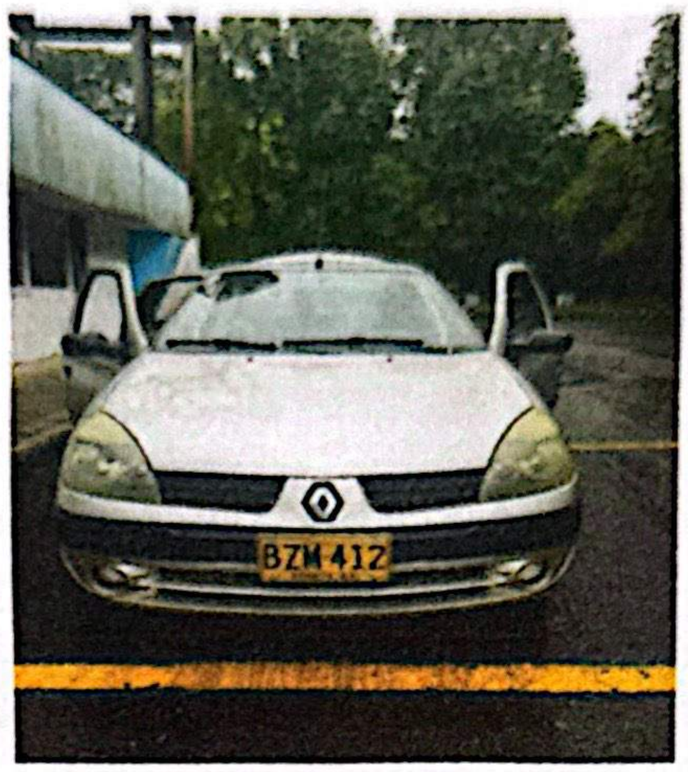
- Personal de Mantenimiento y Aseo

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



- 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 en razón al posible traslado de los adultos mayores y el centro de protección, la actuación de la profesional se ajusta a la revisión y actualización de planes según SG-SST

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

APORTES DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 64 ABUELOS * 30 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	1920	$ 5.695	$ 10.934.400
ALMUERZOS	RACIÓN	1920	$ 8.226	$ 15.793.920
CENA	RACIÓN	1920	$ 5.695	$ 10.934.400
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	3840	$ 3.923	$ 15.064.320
				$ 52.727.040

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 1 ABUELOS * 27 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	27	$ 5.695	$ 153.765
ALMUERZOS	RACIÓN	27	$ 8.226	$ 222.102
CENA	RACIÓN	27	$ 5.695	$ 153.765
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	54	$ 3.923	$ 211.842
				$ 741.474

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT PARA 1 ABUELOS * 13 DÍAS	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESAYUNO	RACIÓN	13	$ 5.695	$ 74.035
ALMUERZOS	RACIÓN	13	$ 8.226	$ 106.938
CENA	RACIÓN	13	$ 5.695	$ 74.035
REFRIGERIOS (2)	RACIÓN	26	$ 3.923	$ 101.998
				$ 357.006

VALOR TOTAL	53.825.520

TALENTO HUMANO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
CUATRO (04) MANIPULADOR(A) DE ALIMENTOS	DÍAS	30	$ 235.400	$ 7.062.000
DOS (2) AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES	DÍAS	30	$ 117.700	$ 3.531.000
UN/A 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 (1) LICENCIADO EN EDUCACIÓN	DÍAS	30	$ 227.808	$ 6.834.240
				$ 35.940.480

KIT DE ASEO PERSONAL

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
DESODORANTE 50 ml ROLL ON	UND	200	$ 12.880	$ 2.576.000
UN (1) SHAMPOO DE 400 ml	UND	200	$ 23.744	$ 4.748.800
un (1) JABÓN DE BAÑO 75 gr	UND	200	$ 4.256	$ 851.200
UNA (1) CREMA DENTAL 100 ml	UND	200	$ 10.416	$ 2.083.200
UN (1) CEPILLO DE DIENTES	UND	200	$ 5.376	$ 1.075.200
PAQUETE DE 4 ROLLOS DE PAPEL HIGIENICO	PAQUETE	200	$ 9.744	$ 1.948.800
PAQUETE DE 3 CUCHILLAS DE AFEITAR	PAQUETE	200	$ 16.135	$ 3.227.000
				$ 16.510.200

OBSERVACION KIT DE ASEO			
	DESDE	**HASTA**	**TOTAL ENTERGADOS**
ENTREGA 1	5/03/2024	4/04/2024	66
ENTREGA 2	5/04/2024	4/05/2024	68
ENTREGA 3	5/05/2024	4/06/2024	66
		TOTAL	200

DOTACIÓN

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR UNIDAD POR CANTID
ROPA INTERIOR PARA HOMBRE TRES (03)	CONJUNTO	66	$ 81.760	$ 5.396.160
CUATRO (4) PARES DE MEDIAS TIPO PAR	PAQUETE	66	$ 33.255	$ 2.194.830
UN (1) CAMIBUSO EN ALGODÓN	CONJUNTO	66	$ 128.800	$ 8.500.800
				$ 16.091.790

APORTE ASOCIACION

ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO

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
				$ 4.119.300

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
VEHICULO	DÍAS	1	$ 5.500.000	$ 5.500.000
UN HSEQ	DÍAS	30	$ 113.904	$ 3.417.120
				$ 17.133.370

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	JUNIO
Fecha de Pago	22-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7934875294
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	JUNIO
Fecha de Pago	10-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9923778926
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	JUNIO
Fecha de Pago	28-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	800.224
Número de Planilla	9468097976
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	JUNIO
Fecha de Pago	12-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	953.334
Número de Planilla	9468970511
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	JUNIO
Fecha de Pago	19-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.520.000

Número de Planilla	9470037523
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7928713551
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937310220
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	JUNIO
Fecha de Pago	05-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	1063504216
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	JUNIO
Fecha de Pago	13-08-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	79287139224
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7934842981
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937305561
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	JUNIO
Fecha de Pago	23-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7942758949
Valor pagado en SALUD	162.500
Valor pagado en PENSIÓN	208.000
Valor pagado en ARL	7100

SERGIO LEONARDO LOPEZ
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Mes de Cotizado	JUNIO
Fecha de Pago	24-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7931317274
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7937308870
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	JUNIO
Fecha de Pago	09-09-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	7928623641
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	JUNIO
Fecha de Pago	12-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9468967942
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	JUNIO
Fecha de Pago	15-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	9469199958
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	JUNIO
Fecha de Pago	11-07-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.000.000
Número de Planilla	9469347570
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	JUNIO
Fecha de Pago	24-06-2024
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.300.000
Número de Planilla	8659903781
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:

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	%
PRIMER PAGO	$ 89.408.994	N/A	5/3/2024 AL 4/4/2024	27,09%
SEGUNDO PAGO	$ 95.285.862	N/A	5/4/2024 AL 4/5/2024	28,87%
TERCER PAGO	$ 90.315.240	N/A	5/5/2024 AL 4/6/2024	27,36%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$ 55.039.944	N/A	5/3/2024 AL 4/6/2024	16,68%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 330.050.040	N/A	5/3/2024 AL 4/6/2024	100%

CONCEPTO	VALOR	AMORTIZACION	FECHA	%
ADICON No.1	$ 158.977.620	N/A	5/6/2024 AL 19/7/2024	100%
PAGOS ANTERIORES	$ 275.010.096	N/A	05/03/2024 AL04/06/2024	56,23%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 122.367.990	N/A	5/6/2024 AL 4/7/2024	25,02%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$ 91.649.670	N/A	5/3/2024 AL 19/7/2024	18,74%
VALOR INICAL DEL CONTRATO MAS ADICION	$ 489.027.660	N/A	5/3/2024 AL 19/7/2024	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%
SEGUNDO PAGO	$24.052.670	N/A	5/4/2024 AL 4/5/2024	24.27%
TERCER PAGO	$24.052.670	N/A	5/5/2024 AL 4/6/2024	24.27%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$21.252.670	N/A	5/6/2024 AL 4/7/2024	21.45%
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$5.666.277,1	N/A	5/7/2024 AL 19/7/2024	5.74%
VALOR TOTAL APORTE DEL CONTRATISTA	$99.076.957,10	N/A	5/3/2024 AL 19/7/2024	100%

8. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

Con base en todo lo expuesto, el suscrito SUPERVISOR certifica que durante el **PERIODO No. 04** comprendido entre el **5 de junio al 4 de julio de 2024,** el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato y todas las demás obligaciones pactadas, entre ellas las relativas al pago del sistema de seguridad social integral, y en consecuencia, autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **CIENTO VEINTI DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS(** $ 122.367.990)MTE. El presente informe se encuentra cargado en la plataforma **SECOP II**

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad social

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

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ALMACEN GENERAL

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por bienes recibidos con cargo a Convenios

Fecha: 20 de junio de 2024 **No. 135**

DO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION: 20/06/2024**

onsable: ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE **Nit:** 822000860

ecutora: ADMINISTRACION CENTRAL

rato 329 04/03/2024

ntarios: AUNAR ESFUERZOS RECURSOS Y EXPERIENCIA PARA BRINDAR ATENCION A ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN CENTROS DE PROTECCION SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
361	2	DESODORANTE DE 50 ML ROLL ON	Unidad	225.00	12,880.00	2.898.000,00
361	3	SHAMPO DE 400 ML	Unidad	225.00	23,744.00	5.342.400,00
361	4	JABON DE BAÑO 75 GR.	Unidad	225.00	4,256.00	957.600,00
361	5	CREMA DENTAL 100 ML	Unidad	225.00	10,416.00	2.343.600,00
361	6	CEPILLO DE DIENTES CON PORTACEPILLO	Unidad	225.00	5,376.00	1.209.600,00
361	7	PAQUETE DE 4 ROLLOS DE PAPEL HIGIENICO	Unidad	225.00	9,744.00	2.192.400,00
361	8	PAQUETE DE TRES CUCHILLAS DE AFEITAR	Unidad	225.00	16,135.00	3.630.375,00

TOTAL ENTRADA 18.573.975.00

PARAMETRIZACION CONTABLE

ta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
0701	Redes, líneas y cables	18.573.975.00	
0705	Bienes Recibidos Zonas Azules		18.573.975.00
		18.573.975.00	18.573.975.00

Jhony Alexander Moreno Montova
Almacenista Municipal

NOMBRE DEL PROVEEDOR

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ALMACEN GENERAL

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por bienes recibidos con cargo a Convenios

Fecha: 20 de junio de 2024 **No. 136**

ADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION: 20/06/2024**

ponsable: ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE **Nit:** 822000860

Ejecutora: ADMINISTRACION CENTRAL

trato 329 04/03/2024

nentarios: AUNAR ESFUERZOS RECURSOS Y EXPERIENCIA PARA BRINDAR ATENCION A ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD EN CENTROS DE PROTECCION SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Tota
	642	3	camibuso en algodon con bordados logo institucional del centro de proteccion y logo del municipio de villavicencio sudadera unisex en tela antifluido con un bolsillo a cada lado	Unidad	75 00	125,500 00	9 660 000,0
	642	2	paquete de 4 pares de medias tipo nylon para hombre y'o mujer	Unidad	75 00	33,255 00	2.494.125,0
	642	1	KIT DE ROPA INTERIOR PARA HOMBRE TRES 03 BOXER Y TRES 03 CAMISILLAS ROPA INTERIOR PARA MUJER TRES 03 BRASIER Y TRES 03 PANTYS	Unidad	75 00	81,760 00	6.132 000,0

TOTAL ENTRADA 18.286.125.00

PARAMETRIZACION CONTABLE

Cuenta	Descripción	Vlr. Debito	Vlr. Credito
5149001	Otros materiales y suministros	18,286,125.00	
5089010	Donaciones del Sector Privado		18,286,125.00
		18,286,125.00	18,286,125.00

Jhon Alexander Moreno Montova
Almacenista Municipal

NOMBRE DEL PROVEEDOR

ISO	Codigo	Version	Fecha
			07/11/2024

Hogar Geriátrico San José

" Una sonrisa para un anciano "

NIT. 822.000.860 - 1

Villavicenio, 31 de diciembre 2023

CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES

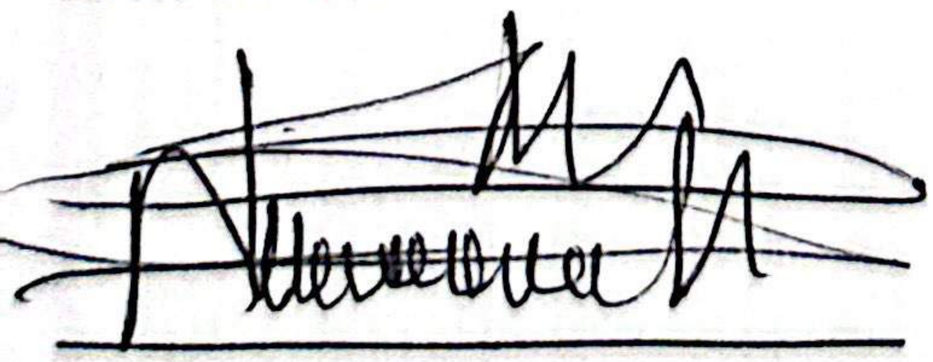
SEÑORES: MUNICIPIO DE VILLAVICENICIO

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	822000860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ASOCIACION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO
DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 40 A 20 88 ESTE MZ 38 CS 11
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:	7934875294
TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO
DÍAS DE MORA:	7
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/22
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR A PAGAR
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 117.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:										[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	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 VALOR
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.100	$ 0	$ 500	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 254.600	$ 0	$ 1.400	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:													[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	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 VALOR
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.600	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:									[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR
CCF24	CCF24-COMPENSAR	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CCF34	CCF34-COFREM META	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:			[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PASENA	PASENA - SENA	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:			[illegible]	[illegible]	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE y NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1121891016	URREA ARBELAEZ ANGELA PATRICIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO	14																
2	CC 1121953410	GONZALEZ TOVAR MERLY ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			NO																	
3	CC 20488694	REYES CORREA MARTHA ROCIO	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.300.000	FIJO			NO	14																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	17	$ 736.667	$ 117.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 117.900
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
3			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	17	$ 736.667	$ 92.100	$ 0	$ 92.100
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500
3	EPS005-SANITAS S.A.	17	$ 736.667	$ 92.100	$ 0	$ 92.100

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-11-ARL SURA	[illegible]	$ 736.667	1	[illegible]
2	14-11-ARL SURA	[illegible]	$ 1.300.000	1	[illegible]
3	14-11-ARL SURA	[illegible]	$ 736.667	1	[illegible]

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	[illegible]	$ 736.667	CCF24-COMPENSAR	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	$ 1.300.000	CCF34-COFREM META	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	$ 736.667	CCF24-COMPENSAR	[illegible]		[illegible]

TOTAL

Planilla Pagada

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección			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
2024-06	2024-06	1300000038	9923778926	I	2024/07/15	2024/07/10	BANCO BOGOTA	0	$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	14-21	30	$ 800,224	$7,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$800,224	$208,000			$ 800,224	$162,500			$0	$0			$ 800,224	$7,300		$0	$0

Identificación	dv	Razon Social						
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
2024-06	2024-06	1300000038	9923778926	1	2024/07/15	2024/07/10	BANCO BOGOTA	0	$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

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 2 # 3 - 19	JUAN DE ACOSTA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	735540922	9468097976	I	2024/07/19	2024/06/28	BANCOLOMBIA	0	$495,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000
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		$495,000
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		$495,000
1	CC	1044391083	CAMARGO SERGIO		23020 1	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,600,000	2.436%	$39,000	0	$0	$0	No	$495,000
Total Afiliados(1)							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000

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 2 # 3 - 19	JUAN DE ACOSTA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	735540922	9468097976	I	2024/07/19	2024/06/28	BANCOLOMBIA	0	$495,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$495,000	$0	$0	$495,000

2024/06/28 06:56 AM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad y Departamento	Telefono	ICBF
CC 1121856117		BUSTOS MAYORGA DANIEL ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 39 51 ESPERANZA ET3	VILLAVICENCIO-META	3134804720	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	787323751	9470037523	I	2024/07/05	2024/07/19	NEQUI	14	$475,300

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)						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$37,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$37,100		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$37,100		$0	$0
1	CC	1121856117	BUSTOS DANIEL	230201	30	$1,520,000	$243,200	EPS005	30	$1,520,000	$190,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,520,000	$37,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$37,100		$0	$0

CC 1121856117		BUSTOS MAYORGA DANIEL ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 39 51 ESPERANZA ET3	VILLAVICENCIO-META	3134804720	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	787323751	9470037523	I	2024/07/05	2024/07/19	NEQUI	14	$475,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,200	$2,600	$0	$245,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$243,200	$2,600	$0	$245,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,100	$400	$0	$37,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$37,100	$400	$0	$37,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$2,000	$0	$192,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,000	$2,000	$0	$192,000
TOTAL				1	$470,300	$5,000	$0	$475,300

PLANILLA PAGADA

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012351629		SOLARTE DIAZ CRISTHIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 19 b sur 45 10	VILLAVICENCIO-META	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	798359481	9470334430	I	2024/08/09	2024/07/25	NEQUI	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Cocigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600					$384,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600					$384,100
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600					$384,100
1	CC	1012351629	SOLARTE CRISTHIAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	0	$0	$0	No	$384,100
Total Afiliados(1)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012351629		SOLARTE DIAZ CRISTHIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 19 b sur 45 10	VILLAVICENCIO-META	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	798359481	9470334430	I	2024/08/09	2024/07/25	NEQUI	0	$384,100

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

2024/09/30 10:37 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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:			7928713551	TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO
DÍAS DE MORA:			86		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/09	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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.800	$ 0	$ 208.000	$ 13.800	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 13.800	

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
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 13.800	$ 0	$ 162.500	$ 13.800	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 13.800	$ 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
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 340	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 340	$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES				
																									PENSIÓN								SALUD						ARP															
																									FSP																								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	SUBSISTENCIA	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
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 Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121892373
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELI GIOVANNA CASAS ALFONSO
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:			7937310220	TIPO DE PLANILLA:		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO
DÍAS DE MORA:			54			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/09	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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 0	$ 208.000	$ 8.400	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 8.400	

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 VALOR
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 8.600	$ 0	$ 162.500	$ 8.600	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	[illegible]	$ 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 VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	[illegible]	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	[illegible]	$ 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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1121892373	CASAS ALFONSO ELI GIOVANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — 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

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTES	SENA TOTAL APORTES	TOTAL APO…
	$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL

Planilla Pagada

2024/09/09 10:13 USUARIO: SOI CC1121892373

Período del Informe: Desde el 01 de junio de 2024 hasta el 30 de junio de 2024

Pagada 05/06/2024

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	PP	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 Mineducación	TOT
CC 1031165132	LEON PINEDA NELLY VIVIANA	1063504216	05/06/2024	202405	202406														X				0	30	30	30	NIN-AF	EPS037	14-17	CCF88	$0	$1.300.000	$1.300.000	$1	$0	$52.000	$0	$169	$0	$0	$0	$0	$0

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618450 - Resto del País: 018000 871 371 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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:	3166218
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:				7934842981	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio	AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES Junio AÑO
DÍAS DE MORA:			60		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/09		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 P
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.300	$ 0	$ 208.000	$ 9.300	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 9.300	

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	$ 7.300	$ 0	$ 162.500	$ 7.300	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 7.300	$ 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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.500	$ 6.500	$ 436	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.500	$ 436	$ 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	IGE	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	FRP	PENSIÓN						SALUD						ARP								CCF			SENA	ICBF
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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
1	CC 17346244	PALACIOS BARAJAS FREDI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		231001-COLFONDOS	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	$ 6.500						

TOTAL	

Planilla Pagada

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1119946918
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FELIPE ESPINOZA GOMEZ
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:			7937305561	TIPO DE PLANILLA:		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO
DÍAS DE MORA:			66			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/09	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 P
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.300	$ 0	$ 208.000	$ 10.300	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 10.300	

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 VALOR
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 8.000	$ 0	$ 162.500	$ 8.000	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 8.000	$ 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 VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 400	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 400	$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	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
1	CC 1119946918	ESPINOSA GOMEZ OSCAR FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800

PARAFISCALES

N°	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL	

Planilla Pagada

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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:			7942758949	TIPO DE PLANILLA:			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	
DÍAS DE MORA:			76				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/23	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 P
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.800	$ 0	$ 208.000	$ 11.800	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 11.800	

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 9.200	$ 0	$ 162.500	$ 9.200	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 9.200	$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		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	$ 400	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 400	$ 0	

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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

SEGURIDAD SOCIAL — 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

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
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 APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL	

Planilla Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121963215
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SERGIO LEONARDO LOPEZ PRIETO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CAMINO REAL 5 MZ 4 CS 4	TELÉFONO:	3011157
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales 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:			7931317274	TIPO DE PLANILLA:			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO
DÍAS DE MORA:			81				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/24	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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600	$ 0	$ 208.000	$ 12.600	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 12.600	

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 9.800	$ 0	$ 162.500	$ 9.800	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 9.800	$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 500	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 500	$ 0	

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1121963215	LOPEZ PRIETO SERGIO LEONARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

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

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800

PARAFISCALES

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

TOTAL

Planilla Pagada

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1122122501
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ELSY JANETH OSPINA ARANGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ACACIAS	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	VEREDA ASTURIAS EL DESCANSO	TELÉFONO:	6580243
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:			7937308870	TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO
DÍAS DE MORA:			68		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/08	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	VALOR
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.600	$ 0	$ 208.000	$ 10.600	
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 10.600	

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	VALOR
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 8.300	$ 0	$ 162.500	$ 8.300	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 8.300	$ 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	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 400	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 400	$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1122122501	OSPINA ARANGO ELSY JANETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

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

SEGURIDAD SOCIAL — 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

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1122122501	$ 6.800

PARAFISCALES

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

TOTAL	

Planilla Pagada

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121951026
NOMBRE O 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:		7928623641	TIPO DE PLANILLA:			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO
DÍAS DE MORA:		63				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.800	$ 0	$ 208.000	$ 9.800
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 9.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 7.700	$ 0	$ 162.500	$ 7.700	$ 0
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 7.700	$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 400	$ 0
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 400	$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1121951026	CARDENAS CASTRO ODILIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL

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

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	112195102	$ 6.800

PARAFISCALES

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

TOTAL

Planilla Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado Ley 1607 ICBF
CC 40444531		SUAREZ MENDEZ SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz h casa 2 villa maria	RESTREPO-META	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771073141	9468967942	I	2024/07/09	2024/07/12	BANCOLOMBIA	3	$403,200

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)						$1,300,000	$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: RESTREPO 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	40444531	SUAREZ SANDRA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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

PLANILLA PAGADA

Identificación	dv	Razón Social						
CC 40644531		SUAREZ MENDEZ SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz h casa 2 villa maria	RESTREPO-META	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771073141	9468967942	I	2024/07/09	2024/07/12	BANCOLOMBIA	3	$403,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$500	$0	$208,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$500	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				1	$402,200	$1,000	$0	$403,200

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
2024-06	2024-06	08348141	9469199958	I	2024/07/15	2024/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC 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	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2024-06	2024-06	08348141	9469199958	I	2024/07/15	2024/07/15	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 PAGADA

2024/07/18 12:49 PM

CC 65692057		HINCAPIE RINCON FRANCIA OLINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ J CS 16 LOMALINDA	VILLAVICENCIO-META			

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	08348141	9469199958	I	2024/07/15	2024/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC	65692057	HINCAPIE FRANCIA																		23100 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total Afiliados(1)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2024-06	2024-06	08348141	9469199958	I	2024/07/15	2024/07/15	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 PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

CC 52819672	TORRES MUÑOZ CLAUDIA MILENA	INDEPENDIENTE			

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	42560552	9469347570	I	2024/07/17	2024/07/11	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				*1*	*$402,200*	*$0*	*$0*	*$402,200*

2024/07/11 04:21 PM

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	42560552	9469347570	I	2024/07/17	2024/07/11	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: CUMARAL 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	52819672	TORRES CLAUDIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	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

PAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NANCY PATRICIA LADINO GAITAN
IDENTIFICACIÓN:	CC-1120504383
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-24
FECHA DE PAGO:	2024-06-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	8630936715
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8659903781
TIPO DE PLANILLA:	I

NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 31.700
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 402.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/07/2024

Powered by

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141126212023

(415)7707212489984(8020) 000014112621202 3

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

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

111. Tipo de documento	112. Número de Identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudadanía	1 1 2 1 9 5 3 4 1 0		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GONZALEZ	TOVAR	MERLY	ALEJANDRA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 7 1 0	

111. Tipo de documento	112. Número de Identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudadanía	1 7 3 3 1 7 6 9		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GONZALEZ	ORJUELA	JOEL	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 7 1 0	

111. Tipo de documento	112. Número de Identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudadanía	1 7 3 3 2 6 7 5		COLOMBIA	1 6

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

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 7 1 0	

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

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

119. Razón social

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

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

io reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141126212023

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

Representación

presentación	99. Fecha inicio ejercicio representación
RS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 8 0 7 1 0

po de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
la de Ciudadaní 1 3	1 1 2 1 9 5 3 4 1 0		

rimer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ZALEZ	TOVAR	MERLY	ALEJANDRA

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

presentación	99. Fecha inicio ejercicio representación

po de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

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

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

presentación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

epresentación	99. Fecha inicio ejercicio representación

Tipo de documento	101. Número de Identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

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

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

Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

Tipo de documento	101. Número de Identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

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

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

COPIA CONTROLADA DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141126212023

(415)7707212489984(8020) 000014112621202 3

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

Características y formas de las organizaciones

Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o insfitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
Personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Diligenciamiento	1. Constitución	2. Reforma
	0 1	0 1
	0 0 1	1
	1 9 9 6 0 5 2 0	2 0 1 5 0 6 1 6
Clase notaría		
Clase registro	0 3	0 3
Fecha registro	1 9 9 6 0 7 2 3	2 0 1 5 0 7 0 7
Matrícula mercantil	0 5 0 0 0 2 1	2 7 7 4 3
Departamento	5 0	5 0
Municipio	4 0	4 0
	1 9 9 6 0 5 2 0	
	2 0 5 6 0 7 2 3	

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

Vigilancia y control: 9

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Formulario del Registro Único Tributario

001

1 Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario: 141126212023

(415)7707212489984(8020) 000014112621202 3

o de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 2 0 0 0 8 6 0	1	Impuestos y Aduanes de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
urídica 1			

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

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

cial
ION HOGAR GERIATRICO SAN JOSE

omercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

rincipal
CACIAS VEREDA LA UNION PD EL YARI

trónico alejagonzalezz980413@gmail.com

al | 44. Teléfono 1: 3 1 6 8 2 1 8 3 8 9 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal 47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código / 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código / 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
2 0 1 9 0 3 0 6	8 4 1 3 / 2 0 2 0 0 5 1 3	8 8 1 0 / 5 6 2 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

nta y compl. régimen especial
n en la fuente a título de rent
le de exogena
n facturar por ingresos bienes
a llevar contabilidad
or electrónico
te de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

Si [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2024 - 09 - 17 / 12 : 44: 53

...ada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión ... Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar ... de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos ... suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 ... manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de ... ley 1581 de 2012.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GONZALEZ TOVAR MERLY ALEJANDRA

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 02-10-2024

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO