DEPARTAMENTO DEL META NIT 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	30/10/2024	Periodo de Pago:	Del	30/09/2024	Al	29/10/2024	
Contrato No. y Fecha:	1481 del 30/08/2024						
Contratista:	MILENA LUCIA GONZÁLEZ ALARCÓN				c.c. o Nit.	40.437.004	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	2	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado 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 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte ($4.770.000.00)**

Cordialmente,

Nombre:	CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMIREZ	Nombre:	ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO
Cargo:	Asesor Gestión Documental	Cargo:	Secretaria Administrativa
Supervisor		Ordenador del Gasto	

Renso: lunnapncalg

30 OCT 2024

Secop 7963 01.11.2024

Powered by CamScanner

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

MEJORAMIENTO DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA GOBERNACIÓN DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500098**

Observaciones: POAI 2024.

En la fecha 20 de agosto de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA ADMINISTRATIVA*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***El Gobierno de la Unidad 2024-2027***":

PILAR 6. COMPONENE TRANSVERSAL DE GOBIERNO. 6.1 EJE ESTRATÉGICO DESARROLLO TERRITORIAL. 6.1.4 LÍNEA ESTRATÉGICA DESARROLLO INSTITUCIONAL.	6.1.4.1 PROGRAMA DESARROLLO INSTITUCIONAL.	6.1.4.1.3 Subprograma Sistema de Gestión Documental.	Sector 45 - Gobierno Territorial.	Meta 61041034501. Asistir técnicamente a 59 entidades, dependencias de la administracion central o entidades descentralizadas en gestión documental..

1.Actividad o componente a ejecutar: *Realizar asistencia técnica en gestión documental a dependencias de la administración central y entidades descentralizadas.*

Objeto del gasto: *Fortalecer los procesos archivísticos del Departamento del Meta en desarrollo de la política de gestión documental.* **Valor total $18,762,000.00**.

Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinación

Obras o actividades adicionales: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio en la fecha: 20 de agosto de 2024

JEIMMY LISSED SOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	1481 del 30/08/2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	MILENA LUCIA GONZÁLEZ ALARCÓN	**NIT/C.C.**	40.437.004
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMIREZ	**C.C.**	86.062.942
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Fortalecer los procesos archivísticos del Departamento del Meta en desarrollo de la política de gestión documental.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Diecisiete millones cuatrocientos noventa mil pesos m/cte ($17.490.000.oo)**		
Término Inicial de Ejecución:	3 (Tres) meses y 20 (veinte) días		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	30/08/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	19/12/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación Adición (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (Inicial +/- modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: tres (03) mensualidades vencidas cada una por un valor de cuatro millones setecientos setenta mil pesos m/cte ($4.770.000.oo) y un último pago por un valor de tres millones ciento ochenta mil pesos m/cte ($3.180.000.oo) correspondiente a veinte (20) días, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	9680 del 30/08/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4599.1000.024.2.3.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	Diecisiete millones cuatrocientos noventa mil pesos m/cte ($17.490.000.oo)				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo con el acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.

15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

1. Dar cumplimiento al Decreto 053 de 2020 que prohíbe la compra, utilización y suministro de plástico de un solo uso no biodegradable.
2. Adquirir y utilizar bienes y servicios amigables con el medio ambiente.
3. Aportar a los aspectos ambientales: Ahorro de energía (apagar equipos), ahorro de agua (utilizar sólo la necesaria) y ahorro de papel (hacer uso del correo e imprimir a doble cara y solo lo necesario).
4. Hacer disposición adecuada de residuos en puntos ecológicos (Blanco: Aprovechables, Verde: Orgánicos Aprovechables, Negro: No Aprovechables) y papeleras (Papel de Oficina).
5. Acatar las responsabilidades establecidas en el Decreto 1072 de 2015 articulo 2.2.4.2.2.16. Obligaciones del contratista. El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
c. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
e. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.

6. Cumplir lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 articulo 2.2.4.2.2.18. Exámenes médicos ocupacionales y en el Decreto 723 de 2013 articulo Artículo 18. Exámenes médicos ocupacionales, el cual establece que "las personas que tengan contrato formal de prestación de servicios en ejecución tendrán un plazo de seis (6) meses para practicarse un examen preocupacional y allegar el certificado respectivo al contratante. Para los contratos que se suscriban con posterioridad a la entrada en vigor del presente decreto dicho plazo aplicará a partir del perfeccionamiento del mismo"
7. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas establecidas para su control, matriz F-MC-20 IPVER "Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles".
8. Informar oportunamente al supervisor de contrato y al área de seguridad y salud en el trabajo, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, actos y condiciones subestándar, daños a la propiedad o al medio ambiente.
9. Realizar y promover pausas activas durante la jornada laboral.
10. Contribuir al cumplimiento de las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión Ambiental (Ambiente de trabajo libre de sustancias psicoactivas, alucinógenos, enervantes o que creen dependencia como cigarrillo, vapeadores o alcohol)
11. Cumplir con las normas de seguridad vial (uso adecuado del cinturón de seguridad, casco, respetar límites de velocidad, entre otros)

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)
1. Brindar apoyo profesional en las reuniones del Consejo Departamental de Archivo de la Gobernación del Meta, de acuerdo con la normatividad archivística vigente. 2. Establecer el cronograma de acciones para el fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental de la Gobernación del Meta. 3. Apoyar los procesos de documentación y aprobación de los procedimientos, directrices y herramientas archivísticas, relacionados con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental de la Gobernación del Meta, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación. 4. Realizar acompañamiento profesional a la Gerencia de Servicio al Ciudadano y Gestión Documental en el seguimiento y gestión de las acciones correspondientes a la implementación de los procedimientos y directrices en gestión documental en las diferentes dependencias de la Gobernación del Meta. 5. Ejecutar las acciones necesarias para la divulgación y socialización de las orientaciones generadas en materia archivística expedidas por el Archivo General de la Nación a los funcionarios de la Gobernación del Meta, alcaldías y entes descentralizados del Departamento del Meta.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	30/09/2024	Al	29/10/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	2

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	**N/A**
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
9680	0301-2.3.45.4599.1000.024.2.3.2.02.02.008-20	84520	$4.770.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.770.000**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En el municipio de Villavicencio-Meta	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$4.770.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$4.770.000**
Nota: Incluir filas adicionales si se requiere.	

Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.
Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		**N/A**	**N/A**
Porcentaje:	N/A	**Observaciones:**	N/A

Amortización del Anticipo

Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Primer pago	$4.770.000	30/08/2024	29/09/2024	27.27%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$4.770.000	30/09/2024	29/10/2024	27.27%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$ 7.950.000	30/10/2024	19/12/2024	45.46%
Valor Total del Contrato Inicial	**$17.490.000.oo**	**30/08/2024**	**19/12/2024**	**100%**
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (Si no aplica diligenciar N/A)				

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$17.490.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	OCTUBRE
Número de Planilla	9475797487
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$4.057.600
Valor pagado a SALUD	$507.200
Valor pagado a PENSIÓN	$649.200
Valor pagado a ARL	$21.200
Valor pagado a FSP	N/A
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los treinta (30) días del mes de octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMIREZ
Asesor Gestión Documental
Supervisor

MILENA LUCIA GONZALEZ ALARCON
40.437.004

Villavicencio, 30 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO
NO 02

DEPARTAMENTO DEL META
NIT: 892.000.148-8

DEBE A:

MILENA LUCIA GONZALEZ ALARCON
C.C. N 40.437.004 de Villavicencio

POR CONCEPTO DE: **Pago No 2** del contrato de prestación de servicios No **1481 del 30/08/2024**, cuyo objeto es "**Fortalecer los procesos archivísticos del Departamento del Meta en desarrollo de la política de gestión documental.**" por el periodo comprendido entre el 30 de septiembre del 2024 al 29 de octubre del 2024.

Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
Villavicencio	30	$159.000	$4.770.000

SON: Cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte ($4.770.000)

MILENA LUCIA GONZALEZ ALARCÓN
CC. NO 40.437.004 DE VILLAVICENCIO
TEL. 3123240982
DIRECCIÓN CONJUNTO CAMINO REAL 1 CASA 74
VILLAVICENCIO

Por favor consignarlos a la cuenta de ahorros N. 488423174322 del BANCO DAVIVIENDA.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40437004		GONZALEZ ALARCON MILENA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto camino real 1 casa 74	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1009161186	9475797487	I	2024/11/05	2024/10/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,177,700

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)																						$4,057,600	$649,300			$4,057,600	$507,200			$0	$0			$4,057,600		$21,200		$0	$0		$1,177,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$4,057,600	$649,300			$4,057,600	$507,200			$0	$0			$4,057,600		$21,200		$0	$0		$1,177,700
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$4,057,600	$649,300			$4,057,600	$507,200			$0	$0			$4,057,600		$21,200		$0	$0		$1,177,700
1	CC	40437004 GONZALEZ MILENA																		230301	30	$4,057,600	$649,300	EPS005	30	$4,057,600	$507,200		0	$0	$0	14-23	30	$4,057,600	0.522%	$21,200	0	$0	$0	No	$1,177,700
Total		**Afiliados(1)**																				$4,057,600	$649,300			$4,057,600	$507,200			$0	$0			$4,057,600		$21,200		$0	$0		$1,177,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40437004		GONZALEZ ALARCON MILENA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto camino real 1 casa 74	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1009161186	9475797487	I	2024/11/05	2024/10/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,177,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$649,300	$0	$0	$649,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$649,300	$0	$0	$649,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,200	$0	$0	$21,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,200	$0	$0	$21,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$507,200	$0	$0	$507,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$507,200	$0	$0	$507,200
TOTAL				1	$1,177,700	$0	$0	$1,177,700