



Diel Amiler Ruiz Cardona

GESTOR COMUNITARIO

 Contrato Actual: 8996-2024

 3152121764  dielruiz@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento  
Cédula de ciudadanía

No. de documento  
79692021

Sede  
SUBRED

Banco  
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta  
AHORRO

No. de cuenta  
550007501027606

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **13/12/2024**.

RELACION DE CUENTAS 215648



Buscar

CREAR CUENTA +

| ID CONTRATO | PERIODO                            | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO           | ACCIONES |
|-------------|------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|--------------------|------------------|----------|
| 215648      | 8106<br>2024-11-19 /<br>2024-11-30 | \$768,848       | \$768,848     | 78.95       | \$205,026          | ● Presentada SV. |          |
| 210241      | 1280<br>2024-10-01 /<br>2024-10-15 | \$13,362,911    | \$768,847     | 100         | \$0                | ● APROBADA       |          |
| 205239      | 1280<br>2024-06-16 /<br>2024-06-24 | \$12,594,064    | \$292,496     | 100         | \$0                | ● APROBADA       |          |

| ID CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO         | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|---------|-------------------------|---------------|-------------|--------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 200597      | 1280    | 2024-09-01 / 2024-09-30 | \$12,301,568  | \$1,537,696 | 100                | \$0    | <div><div></div> APROBADA</div> <div></div> |
| 195530      | 1280    | 2024-08-01 / 2024-08-31 | \$10,763,872  | \$1,537,696 | 100                | \$0    | <div><div></div> APROBADA</div> <div></div> |

Filas por página:

5

1 - 5 de 45



RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES

CREAR OBLIGACIONES

| NO | CONTRATO | NO. DE OBLIGACIONES | ACCIONES           |
|----|----------|---------------------|--------------------|
| 1  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |
| 2  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |
| 3  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |
| 4  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |
| 5  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |
| 6  |          |                     | CONSULTAR / EDITAR |

## RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| <b>7</b>  | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>8</b>  | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>9</b>  | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>10</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>11</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>12</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>13</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>14</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |
| <b>15</b> | <a href="#">CONSULTAR / EDITAR</a> |



**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

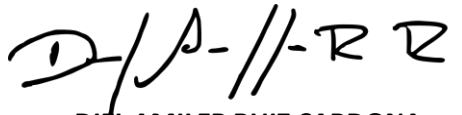
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIEL AMILER RUIZ CARDONA**

**C.C 79692021 DE BOGOTÁ D.C.**

La suma de (\$768.848) SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE, por concepto de: Servicios de prestación como GESTOR COMUNITARIO durante el periodo de 19 al 30 de Noviembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8106-2024.



**DIEL AMILER RUIZ CARDONA**

**C.C. 79692021 DE BOGOTÁ**

**CEL. 3152121764**

**CUENTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A**

**550007501027606**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes noviembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



---

**María Cristina Triviño Díaz**

**Apoyo a la supervisión**

**Entorno Comunitario**

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del contrato
- 8 Modificaciones del contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

| Identificación de pago                                                        | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |
|                                                                               |                   |                  |                    |                           | Crear  |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                          | Nombre del archivo                                      | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2. CONTRATO 1280 2024 CTA COBRO FEB 2024.pdf             | 2. CONTRATO 1280 2024 CTA COBRO FEB 2024.pdf            | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 3 CONTRATO 1280 2024 CTA COBRO MARZO 2024.pdf            | 3 CONTRATO 1280 2024 CTA COBRO MARZO 2024.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | CONTRATO 11280 2024 CTA COBRO ABRIL 2024.pdf (Archivado) | CONTRATO 11280 2024 CTA COBRO ABRIL 2024.pdf            | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 4 CONTRATO 11280 2024 CTA COBRO ABRIL 2024.pdf           | 4 CONTRATO 11280 2024 CTA COBRO ABRIL 2024.pdf          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 5 CONTRATO 1280 EJECUCION MAYO 2024.pdf                  | 5 CONTRATO 1280 EJECUCION MAYO 2024.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 6 CONTRATO 1280 EJECUCIÓN JUNIO 2024.pdf                 | 6 CONTRATO 1280 EJECUCIÓN JUNIO 2024.pdf                | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 7 CONTRATO 1280 EJECUCION JULIO 2024.pdf                 | 7 CONTRATO 1280 EJECUCION JULIO 2024.pdf                | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 8 CONTRATO 1280 EJECUCION AGOSTO 2024.pdf                | 8 CONTRATO 1280 EJECUCION AGOSTO 2024.pdf               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 9. CONTRATO 1280 EJECUCION SEPTIEMBRE + ADCION 2024.pdf  | 9. CONTRATO 1280 EJECUCION SEPTIEMBRE + ADCION 2024.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CONTRATO 1280 EJECUION OCTUBRE 2024.pdf                  | CONTRATO 1280 EJECUION OCTUBRE 2024.pdf                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          |                                                          |                                                         | Borrar      | Cargar nuevo              |                         |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 79692021          | DIEL AMILER RUIZ CARDONA |        | CALLE 35 A SUR No. 78D 41 BLQ 12 APTO. 104 | 7964279            | dielruiz@gmail.com                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.                               | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                                            |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                         |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2024-10              | 2024-10                           | I             | 08/11/2024               | 81640610        | TOTAL A PAGAR \$410.600 |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 200                   | 0              | 162.700       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |  |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 200                   | 0              | 208.200       | 1             |  |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 1         | 100                   | 31.800              |                            |                     | 317               | 31.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |             |              |                     |
|---------------|--------|--|--|--|-------------|--------------|---------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora           |
| CCF21         | Cafam  |  |  |  | 860013570-3 | 7.800        | 1                   |
|               |        |  |  |  |             | 100          | Total a Pagar 7.900 |
|               |        |  |  |  |             |              | No. Afiliados 1     |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 162.700       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.800        |
| CCF                    | 1                              | 7.800                               | 7.900         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 410.000                             | 410.600       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 79692021          | DIEL AMILER RUIZ CARDONA |        | CALLE 35 A SUR No. 78D 41 BLQ 12 APTO. 104 | 7964279            | dielruiz@gmail.com                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.                               | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                                            |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-10              | 2024-10                           | I             | 08/11/2024               | 81640610        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$410.600     |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |        |         |                |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |            |          | SALUD     |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |           |                        | PARAFISCALES |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|--------|---------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Sueldo | Externo | Exon. exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IOE | VAC     | AVP | VCY | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 79692021              | RUIZ CARDONA DIEL AMILER | 59        | 0      |         |                | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |            | 25-14    | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.300.000 | 162.500                | 14-11        | 1.300.000 | 3               | 31.700     | CCF21      | 1.300.000 | 7.800      | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA