

	CAUSACIÓN DE CUENTAS Y CONTABILIZACIÓN DE PAGOS		Código: GR-PR15-FT01
			Versión: 01
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO - PAGO PERSONA NATURAL		Vigencia: 10/03/2021
			Página 1 of 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA									
Nombre:ALBA MILENA FAJARDO ISAZA						Identificación:52455395			
Correo electrónico:milefajardoisaza@gmail.com						Teléfono:3104816504			
INFORMACIÓN DEL CONTRATO									
Contrato No:	555	De:	2024	Plazo de ejecución:	5	meses	0	días	
Fecha de inicio:	09	09	2024	Fecha de terminación:	08	02	2025		
Valor inicial:	\$ 15.000.000		Valor adición:	\$ 0		Valor total:	\$ 15.000.000		
No RP INICIAL:	5000735238		No RP ADICIÓN:						
Objeto	Prestar servicios técnicos administrativos en las actividades de Programas y Campañas de Prevención para la Subdirección de Gestión del Riesgo.SGR								
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO			Fecha	31	12	2024		
Pago No:	4	No Total de Pagos:	6	Periodo de pago:	01-12-2024 al 31-12-2024				
VALORES PAGADOS (Registre los valores que ya fueron pagados en periodos anteriores)									
	Pago No 1:	Pago No 2:	Pago No 3:	Pago No 4:	Pago No 5:	Pago No 6:			
	\$ 2.200.000	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
	Pago No 7:	Pago No 8:	Pago No 9:	Pago No 10:	Pago No 11:	Pago No 12:			
	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
	Pago No 13:	Pago No 14:	Pago No 15:	Pago No 16:	Pago No 17:	Pago No 18:			
	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
Total pagado	\$ 8.200.000		Saldo Actual	\$ 6.800.000			Valor a pagar	\$ 3.000.000	
Porcentaje de ejecución financiera:			54,67%	Saldo menos este pago:			\$ 3.800.000		
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL									
Concepto	Planilla No	Valor	Periodo	Fecha pago			La revisión y aprobación del pago de los parafiscales es responsabilidad del supervisor del contrato		
ARL	9478331074	\$ 6.800	Noviembre	17	12	2024			
PENSION	9478331074	\$ 208.000	Noviembre	17	12	2024			
SALUD	9478331074	\$ 162.500	Noviembre	17	12	2024			
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR									
RECIBIDO A SATISFACCIÓN									
En calidad de supervisor del Contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente, certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.									
Por lo anterior, autorizo el pago por valor de:					\$ 3.000.000 TRES MILLONES DE PESOS				
Supervisor 1 01.12.2024-31.12.2024					Supervisor 2				
Nombre:WILLIAM ALFONSO TOVAR SEGURA					Nombre:				
Cargo:Subdirector de Gestion del Riesgo					Cargo:				
Supervisor 3									
Nombre:									
Cargo:									
Apoyo a la supervisión 1					Apoyo a la supervisión 2				
Nombre:CARLOS ZAPATA CANTOR					Nombre:				
No Contrato o Cargo:Apoyo a la Supervision					No Contrato o Cargo:				
Apoyo a la supervisión 3									
Nombre:									
No Contrato o Cargo:									
Nota: Si usted imprime este documento se considera "Copia No Controlada" por lo tanto debe consultar la versión vigente en el sitio oficial de los documentos									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52455395		FAJARDO ISAZA ALBA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 111 BIS No 154A - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7581452	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1132391622		9478331074	I	2024/12/23	2024/12/17	BANCO DAVIVIENDA	\$377,300

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		Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,300,000	\$208,000				\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0				\$1,300,000	\$6,800	
Centro de Trabajo: ARL SURA (1 Afiliados)							\$1,300,000	\$208,000				\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0				\$1,300,000	\$6,800	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							\$1,300,000	\$208,000				\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0				\$1,300,000	\$6,800	
1	CC	52455395	FAJARDO ALBA		230301	30	\$1,300,000	\$208,000		EPS001	30	\$1,300,000	\$162,500			0	\$0	\$0		14-23	30	\$1,300,000	\$6,800	
Total Afiliados(1)							\$1,300,000	\$208,000				\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0				\$1,300,000	\$6,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52455395		FAJARDO ISAZA ALBA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 111 BIS No 154A - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7581452	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1132391622		9478331074	I	2024/12/23	2024/12/17	BANCO DAVIVIENDA	\$377,300

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	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$377,300	\$0	\$0	\$377,300	

DESIGNACIÓN DE APOYO A LA SUPERVISIÓN

FECHA:SEPTIEMBRE 2024

PARA:CARLOS ZAPATA
Profesional Especialista

DE: WILLIAM ALFONSO TOVAR
Subdirector de Gestión del Riesgo

Atentamente me permito comunicarle que ha sido designado(a) como APOYO A LA SUPERVISIÓN del contrato citado en referencia, en virtud de las calidades personales y profesionales para dichas actividades

Es importante tener en cuenta, que quienes ejerzan apoyo a la supervisión de contratos/convenios suscritos por la UAECOB, junto con el supervisor del contrato, deberán efectuar la vigilancia, control y seguimiento a la ejecución de estos. Lo anterior con el fin de asegurar el logro exitoso de los objetivos y finalidades que se persiguen, en los términos, condiciones y especificaciones pactadas. Esto como garantía del buen uso, manejo e inversión de los dineros públicos y demás recursos del Estado que se han puesto a disposición del contratista. El ejercicio de dicha actividad debe adelantarse con sujeción a las disposiciones legales vigentes y a lo establecido en el Manual de Contratación de la UAECOB, velando en todo caso por la ejecución del contrato/convenio en los términos pactados e igualmente por la vigencia de las garantías.

Para lo anterior, es necesario que al momento de asumir las actividades de apoyo a la supervisión usted conozca y consulte de manera permanente los documentos precontractuales y contractuales, los cuales se encuentran a su disposición en la Oficina Asesora Jurídica. El ejercicio de la supervisión y apoyo a la supervisión del contrato también comprende las obligaciones referidas a los aspectos técnico – administrativo y jurídicos particulares, aplicables al respectivo contrato.

NOMBRE	CONTRATO
ALBA FAJARDO ISAZA	555-2024


WILLIAM ALFONSO TOVAR SEGURA
SUBDIRECTOR TÉCNICO
Subdirector de Gestión del Riesgo

Proyecto: Carolina Veloza

Calle 20 No. 68 A – 06 Edificio Comando - Código Postal: 110931 - PBX: 382 25 00
www.bomberosbogota.gov.co
Línea de emergencia 123
NIT: 899.999.061-9

FOR-CON-04-14
v-1 25/04/2019



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
Unidad Administrativa Especial Centro
Ciudad de Bogotá