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:	20 de diciembre de 2024	Periodo de Pago:	Del	30/11/2024	Al	19/12/2024	
Contrato No. y Fecha:	2197 del 27 de septiembre de 2024						
Contratista:	JUAN BAUTISTA AYA ROZO				c.c. o Nit.	7.787.495	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	03	

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)	X	X	X	X
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):	**Dos millones ochocientos mil pesos m/cte., ($2.800.000)**

Cordialmente,

Nombre:	NELLY MOSQUERA GARCIA	Nombre:	INGRIHT XISLEY ACOSTA CARVAJAL
Cargo:	Gerente de Victimas	Cargo:	Secretaria de Derechos humanos y paz
Supervisor		Ordenador del Gasto	

23 DIC 2024

10568 Secop 23DIC24 8:00 pm

23 DIC 2024

Escaneado con CamScanner

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

--Contrato No. y Fecha:	2197 del 27 de septiembre de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	JUAN BAUTISTA AYA ROZO	**NIT/C.C.**	7.787.495
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	NELLY MOSQUERA GARCIA	**C.C.**	1.121.842.843
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"Fortalecer el seguimiento para garantizar la atención a víctimas del conflicto armado en acompañamiento con las entidades del SNARIV en el centro regional de atención a víctimas del departamento del Meta"			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Once millones doscientos mil pesos m/cte. ($11.200.000)**		
Término inicial de Ejecución:	Dos (02) meses y veinte (20) días		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	30/09/2024	**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
Total, del Valor de la Modificación	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 Pagara al contratista el valor de ejecución del contrato así: **Primer (02) mensualidades vencidas cada una, por valor de Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos m/cte., ($ 4.200.000) y un pago de 20 días por valor de ($2.800.000),** 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.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	11585 de 30/09/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4101.1500.002.2.3.2.02.02.009-20				

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Valor: (Letras y Números)	**Once Millones doscientos mil pesos m/cte. ($11.200.000)**

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. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
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 al 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.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Establecer de manera previa y dar reporte mensual un cronograma de actividades, que permita evidenciar las actividades programadas para el cumplimiento de la política pública de víctimas según las necesidades de la Gerencia de Victimas
2. Proporcionar apoyo en la articulación de las acciones a desarrollar por parte de la Gerencia de Víctimas de la Gobernación del Meta en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV, para implementar la medida de atención y orientación a las víctimas en cumplimiento de la ley 1448 de 2011.
3. Brindar apoyo en la articulación que garantice la presencia de las Instituciones del SNARIV, que ofertarán sus servicios en el Centro Regional de Atención a Víctimas -CRAV de Villavicencio
4. Apoyar el seguimiento a la permanencia y atención por canales presenciales y/o virtuales que brinden las entidades del SNARIV en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio.
5. Realizar charlas que permitan conocer y promover la Oferta Institucional de la Gobernación del Meta y la oferta educativa en las jornadas móviles e institucionales programadas por la Gerencia de Víctimas y/o las articuladas por la SNARIV para implementar y garantizar la medida de atención y orientación a las víctimas en cumplimiento de la ley 1448 de 2011.
6. Realizar apoyo y acompañamiento a la mesa de seguimiento al Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV y rendir informes cuando se requiera.
7. Reportar a la Gerencia de Víctimas conforme al cronograma mensual la presencia que realicen los contratistas, que asisten al Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio, y suplir o apoyar la atención a las víctimas cuando no asista el personal.
8. Realizar inspección periódica del estado general de las instalaciones del centro regional de víctimas y reportar a través de un informe mensual las novedades pertinentes para el buen mantenimiento del mismo, con criterios de optimización y eficiencia.
9. Consolidar la información y reportar de manera mensual informe de las acciones ejecutadas y relación de las personas atendidas en los formatos de control de asistencia versión (Producto: diligenciar formato F-TH-41) o el que se encuentre vigente en el sistema integral de gestión de la Gobernación del meta, en base de datos entregada por la Gerencia de Víctimas.
10. Realizar charlas que promuevan la Oferta Institucional de la Gobernación del Meta y la oferta educativa en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio.
11. Prestar apoyo en la recepción, remisión y control de los derechos de petición y/o requerimientos allegados a la Secretaria de Derechos Humanos en el Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio.
12. Hacer uso de los formatos establecidos para el reporte de SPI y SIGOPAT, para adelantar una adecuada gestión de la información y de la documentación de la Gerencia de Víctimas, y entregar de manera física y virtual, mensualmente.
13. Las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato, y que sean asignadas o requeridas por la Gerencia de Víctimas y la Secretaría de Derechos Humanos y Paz

Modificaciones y/o Adiciones:

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

N/A

Periodo de Pago:	Del	30/11/2024		Al	19/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	03

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)	**Dos Millones Ochocientos Mil pesos ($ 2.800.000) m/cte.**

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
11585	0301-2.3.41.4101.1500.002.2.3.2.02.02.009-20	91119	$2.800.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$2.800.000

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:

Municipio de Villavicencio Departamento del Meta.

Municipio	Valor
Villavicencio	$2.800.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	$2.800.000

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.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 345-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	N/A
Porcentaje:	0%	**Observaciones:**	

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
Total			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	$4.200.000	30/09/2024	29/10/2024	37.50%
Segundo Pago	$4.200.000	30/10/2024	29/11/2024	37.50%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$2.800.000	30/11/2024	19/12/2024	25.00%
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total de la Adición	**11.200.000**	**30/09/2024**	**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**	
** Quinto Pago	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)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$11.200.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)		

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

Periodo Cotizado	Noviembre 2024	Diciembre 2024
Número de Planilla	9478355204	9479225839
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.680.000	$1.344.000
Valor pagado a SALUD	$210.000	$168.000
Valor pagado a PENSIÓN	$268.800	$215.100
Valor pagado a ARL	$17.600	$14.100
Valor pagado a CCF	0,	0,
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	
Certificado expedido por el Revisor fiscal	
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 veinte (20) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

NELLY DEL CARMEN MOSQUERA GARCIA
Gerente de Victimas
Supervisor

CUENTA DE COBRO No. 03
LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.148-8

DEBE A:

JUAN BAUTISTA AYA ROZO
C.C 7.787.495

Por concepto de: Tercer (03) pago al Contrato de prestación de servicios No. 2197 del año 2024, que tiene por objeto: "Fortalecer el seguimiento para garantizar la atención a víctimas del conflicto armado en acompañamiento con las entidades del SNARIV en el centro regional de atención a víctimas del departamento del Meta"

" La suma de: **Dos Millones Ochocientos Mil pesos ($ 2.800.000) m/cte.,** que corresponde al periodo comprendido entre el 30 de noviembre de 2024 y el 19 de diciembre de 2024, por servicios prestados en ciudad (Villavicencio).

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes de noviembre y diciembre de 2024 no se han utilizado en ningún otro pago.

MUNICIPIO	NÚMERO DE DÍAS	VALOR DÍA CONTRATO	VALOR TOTAL
Villavicencio	20	$140.000	$2.800.000
VALOR TOTAL			**$2.800.000**

Dado en Villavicencio, a los veinte (20) días del mes de diciembre de 2024.

JUAN BAUTISTA AYA ROZO
C.C 7.787.495

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	5115330842	9478355204	I	2024/12/23	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$496,400

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	dvo	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7787495	AYA JUAN																		23030*	30	$1,680,000	$268,800	EPS037	30	$1,680,000	$210,000		0	$0	$0	14-33	30	$1,680,000	$17,600	0	$0	$0	No	$496,400
Total	Afiliados(1)																						$1,680,000	$268,800			$1,680,000	$210,000			$0	$0			$1,680,000	$17,600		$0	$0		$496,400

2024/12/10 11:59 AM

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1115330842	9478355294	1	2024/12/23	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$496,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$0	$0	$268,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$268,800	$0	$0	$268,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,000	$0	$0	$210,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$210,000	$0	$0	$210,000
TOTAL				1	$496,400	$0	$0	$496,400

2024/12/10 11:59 AM

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 7787493		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1141923118	9479223839	I	2025/01/24	2024/12/20	BANCO DE BOGOTA	0	$397,200

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	vip	vct	ir	vto		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7787493	AYA JUAN		X																	030301	24	$1,344,000	$215,100	EPS037	24	$1,344,000	$168,000		0	$0	$0	14-23	24	$1,344,000	$14,100	0	$0	$0	No	$397,200
Total			Afiliados(1)																					$1,344,000	$215,100			$1,344,000	$168,000			$0	$0			$1,344,000	$14,100		$0	$0		$397,200

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 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432425	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1141928116	94792258 39	I	2025/01/24	2024/12/20	BANCO DE BOGOTA	0	$397,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,100	$0	$0	$215,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$215,100	$0	$0	$215,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,100	$0	$0	$14,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,100	$0	$0	$14,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,000	$0	$0	$168,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$168,000	$0	$0	$168,000
TOTAL				1	$397,200	$0	$0	$397,200