	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO	F-BS-15
		VERSIÓN	05

Fecha de elaboración del reconocimiento	13 de diciembre del 2024	Periodo de Pago	Del	18/10/2024	Al	17/11/2024
Contrato No. y Fecha	1215 del 14 de Junio del 2024					
Contratista	CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO			c.c. o Nit		822.004.675-1
Representante Legal	ANGELA MARIA VARGAS			c.c.		66.854.010
Tipo de Pago	Parcial	X	Final		Numero de Pago	QUINTO

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	X	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)	TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/CTE. ($ 33.180.763,33)

Cordialmente,

Nombre	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	Nombre	DIANA MARCELA CARVAJAL AVILA
Cargo	REFERENTE DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Cargo	SECRETARIA GENERAL
	Supervisor		Ordenador del Gasto

Secop 9820 16-12-24.

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	**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:

COMPROMISO CON EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO E INCLUYENTE EN EL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500183**

Observaciones: POAI 2024.

En la fecha 18 de marzo de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA SOCIAL*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***Hagamos Grande al Meta 2020-2023***":

DIMENSIÓN 3. HAGAMOS GRANDE AL META EN LO SOCIAL	SECTOR 41: INCLUSIÓN SOCIAL.	4104 Programa 4. Atención integral de población en situación permanente de desprotección social y/o familiar .	Componente Constitutivo: Centros de Bienestar y Centros Vida.	Meta 3. Garantizar atención integral mediante la modalidad de Centros de Bienestar a personas mayores que se encuentran en condición de indigencia, abandono social, extrema pobreza y vulnerabilidad en el Departamento.

1.Actividad o componente a ejecutar: *Realizar atención integral al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en Centros Vida.*
Objeto del gasto: *Brindar atención integral a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en centros de bienestar procedentes de diferentes municipios del Departamento del Meta.*
Valor total $1,662,528,107.00.

Fuente de Financiación: 8 Estampilla Pro-Ancianos

Obras o actividades adicionales: NO
Y con base en la solicitud remitida por el Dra. Diana Marcela Giraldo Ávila secretaria social del Departamento del Meta, entidad responsable de la iniciativa y respaldada por los anexos debidamente avalados por la mencionada secretaria y con los soportes presentados, disponibles en la carpeta del proyecto.

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 19 de marzo de 2024

JERMAN ISSEL ROLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos
GOBERNACIÓN DEL META

Elaboró: Yolima Reyes

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:	1215 del 14 de junio de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO	**NIT/C. C.**	822.004.675-1
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	ANGELA MARIA VARGAS	**C.C.**	66.854.010
Supervisor:	SANDRA VICTORIA PENAGOS PAEZ DIANA MARCELA GIRALDO AVILA CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	**C.C.**	52.835.440 1.119.886.558 40.390.778

Objeto: (Transcribir del contrato)

"Brindar atención integral a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social en centros de bienestar procedentes de diferentes municipios del departamento del meta".
ALCANCE DEL OBJETO: Dentro del presente proceso se pretende **brindar una atención integral a veinte (20) adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social que afecta en gran medida lo aspectos biológico, psicológico y emocional de las personas en edad avanzada, en instituciones de atención en el municipio de Villavicencio, en las modalidades de independientes y/o dependientes en su movilidad.**

Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Ciento noventa y nueve millones ochenta y cuatro mil quinientos ochenta pesos M/CTE ($199.084.580)**		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) Meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	18/06/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	17/12/2024

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)

FORMA DE PAGO: El valor del contrato será pagado en **seis (6) mensualidades** vencidas, de acuerdo con el número de adultos mayores atendidos, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor

Escaneado con CamScanner

del mismo y acreditación de qué se encuentra a paz y salvo con los aportes al sistema integral de Seguridad Social y para fiscales. en todo caso, el contratista se obliga a cumplir con todos los requisitos, procedimientos, forma, informes, evidencias, establecidos por la gobernación del Meta para el pago.

Parágrafo 1: Para el pago el contratista debe cumplir los siguientes requisitos indicados i) Acreditación de pagos de parafiscales, Seguridad Social del personal empleado para la ejecución del contrato; ii) El respectivo informe de actividades elaborado por el contratista y avalado por el supervisor del contrato; iii) Certificación de cumplimiento de las obligaciones contractuales, laborales y de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del contratista firmado por el supervisor del contrato y iv) Copia de los contratos que llegaren a efectuarse Para desarrollar el objeto del contrato. Además, para el pago final se debe anexar i) Acreditación de pagos de para fiscales, Seguridad Social del personal empleado para la ejecución del contrato; ii) El respectivo informe final de actividades elaborado por el operador; y avalado por el supervisor del contrato; iii) Certificación justificada del cumplimiento de las obligaciones contractuales, laborales y de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales del contratista firmado por el supervisor del contrato y vi) Acta finalización y liquidación bilateral del contrato.

Parágrafo 2: Para el proceso de pagos y/o liquidación se tendrá en cuenta el valor que se determinó por cada cupo o adulto mayor atendido, según el estudio de mercado y no por el valor unitario que refiere cada ítem del presupuesto del proceso, toda vez que el alcance de la cuantificación y costeo de cada una de las actividades y servicios relacionados en las especificaciones técnicas se consideró necesario únicamente para la determinación del valor que tiene cada cupo o servicio de atención integral para los adultos mayores.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	5591 del 17 de junio de 2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	x
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4104.1500.004.2.3.2.02.02.009-08				
Valor: (Letras y Números)	**Ciento noventa y nueve millones ochenta y cuatro mil quinientos ochenta pesos M/CTE ($199.084.580)**				

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. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. Garantizar la filiación 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).
4. Dar cumplimiento a la ley 594 del 2000 (ley general de archivo).
5. 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.
6. 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.
7. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la gobernación del Meta; teniendo en cuenta que al 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

Escaneado con CamScanner

avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculos para el desarrollo de la prestación del servicio.
8. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y además soporte documental y cada vez que sea requerido por el supervisor.
9. Suscribir actas de inicio, finalización y liquidación del contrato.
10. Subir a la plataforma del sistema electrónico para la contratación pública SECOP II los documentos soporte de cada pago realizado a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes a la elaboración del mismo.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el supervisor, con cargo al contrato, 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, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
12. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competen de acuerdo con el Marco normativo.
13. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma.
14. Obligación referente para publicar en el SECOP II dentro del término legal la información requerida en la obligación 10 y los demás documentos que le asisten.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. El contratista se compromete a disponer de 20 cupos en la modalidad independiente y/o semiindependiente, para brindar la atención de los adultos mayores que serán beneficiados por el Departamento, en donde se garantizara una atención integral a los beneficiarios.
2. Prestar el servicio del personal que vayan a emplear para la ejecución del contrato con el nivel de estudios y experiencia requeridos, es decir idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de manera efectiva, garantizando que cumplan las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales e ilegales. Así como también, deberá cumplir con todas las obligaciones de índole laboral y de Seguridad Social con dicho personal.
3. Realizar la dotación de elementos y herramientas de trabajo necesario al personal que contrate para la ejecución de las obligaciones convenidas.
4. Brindar la atención integral a los adultos mayores, cumpliendo con las especificaciones técnicas del presente estudio y las normas sobre higiene y seguridad industrial.
5. Brindar el servicio de alimentación de acuerdo con las raciones y a las condiciones técnicas referidas en este estudio; es decir, comida diaria balanceada consistente (1) desayuno, un (1) almuerzo, una (1) cena, y dos (2) Refrigerios que serán entregados como medias nueves y Onces. Estos alimentos serán preparados por el (la) manipulador(a) de alimentos y deberán contemplar los lineamientos nutricionales y sanitarios recomendados por el (la) nutricionista.
6. Brindar el servicio integral y continuo en las instalaciones del centro de protección y/o Bienestar y/o institución, tendientes al cuidado de los adultos mayores en las dos (2) jornadas, diurna y nocturna.
7. Brindar espacios de recreación, actividades culturales y rutina de ejercicios físicos que serán liderados por el licenciado en educación física. Los ejercicios estarán sujetos a las condiciones físicas individuales de cada adulto mayor con el ánimo de generar mejora en su condición de salud.
8. Garantizar la entrega de tres (3) kits de aseo personal a cada beneficiario, uno (1) cada dos meses, durante el desarrollo de la ejecución, dados y condiciones técnicas determinadas en el presente documento, con el fin de garantizar las buenas prácticas de higiene y presentación personal. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.
9. Entregar la dotación de prendas de vestir a los 20 adultos mayores beneficiarios, según las condiciones técnicas determinadas en el presente documento y según el género de cada adulto mayor que serán entregados durante la ejecución del contrato. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.
10. Recolectar las basuras y residuos debidamente clasificados, de acuerdo con sus posibilidades de separación y biodegradación, en bolsas plásticas de colores de acuerdo con el tipo de residuos, en lugares

Escaneado con CamScanner

avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculos para el desarrollo de la prestación del servicio.
8. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y además soporte documental y cada vez que sea requerido por el supervisor.
9. Suscribir actas de inicio, finalización y liquidación del contrato.
10. Subir a la plataforma del sistema electrónico para la contratación pública SECOP II los documentos soporte de cada pago realizado a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes a la elaboración del mismo.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el supervisor, con cargo al contrato, 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, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
12. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competen de acuerdo con el Marco normativo.
13. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma.
14. Obligación referente para publicar en el SECOP II dentro del término legal la información requerida en la obligación 10 y los demás documentos que le asisten.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. El contratista se compromete a disponer de 20 cupos en la modalidad independiente y/o semiindependiente, para brindar la atención de los adultos mayores que serán beneficiados por el Departamento, en donde se garantizara una atención integral a los beneficiarios.
2. Prestar el servicio del personal que vayan a emplear para la ejecución del contrato con el nivel de estudios y experiencia requeridos, es decir idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de manera efectiva, garantizando que cumplan las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales e ilegales. Así como también, deberá cumplir con todas las obligaciones de índole laboral y de Seguridad Social con dicho personal.
3. Realizar la dotación de elementos y herramientas de trabajo necesario al personal que contrate para la ejecución de las obligaciones convenidas.
4. Brindar la atención integral a los adultos mayores, cumpliendo con las especificaciones técnicas del presente estudio y las normas sobre higiene y seguridad industrial.
5. Brindar el servicio de alimentación de acuerdo con las raciones y a las condiciones técnicas referidas en este estudio; es decir, comida diaria balanceada consistente (1) desayuno, un (1) almuerzo, una (1) cena, y dos (2) Refrigerios que serán entregados como medias nueves y Onces. Estos alimentos serán preparados por el (la) manipulador(a) de alimentos y deberán contemplar los lineamientos nutricionales y sanitarios recomendados por el (la) nutricionista.
6. Brindar el servicio integral y continuo en las instalaciones del centro de protección y/o Bienestar y/o institución, tendientes al cuidado de los adultos mayores en las dos (2) jornadas, diurna y nocturna.
7. Brindar espacios de recreación, actividades culturales y rutina de ejercicios físicos que serán liderados por el licenciado en educación física. Los ejercicios estarán sujetos a las condiciones físicas individuales de cada adulto mayor con el ánimo de generar mejora en su condición de salud.
8. Garantizar la entrega de tres (3) kits de aseo personal a cada beneficiario, uno (1) cada dos meses, durante el desarrollo de la ejecución, dados y condiciones técnicas determinadas en el presente documento, con el fin de garantizar las buenas prácticas de higiene y presentación personal. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.
9. Entregar la dotación de prendas de vestir a los 20 adultos mayores beneficiarios, según las condiciones técnicas determinadas en el presente documento y según el género de cada adulto mayor que serán entregados durante la ejecución del contrato. Como soporte deberán anexar las respectivas planillas de entrega.
10. Recolectar las basuras y residuos debidamente clasificados, de acuerdo con sus posibilidades de separación y biodegradación, en bolsas plásticas de colores de acuerdo con el tipo de residuos, en lugares

Escaneado con CamScanner

dispuestos para tal fin, dentro de los horarios de recolección de basura de cada zona, para lo cual se cuenta con el apoyo de un (1) auxiliar de servicios generales.
11. Brindar atención psicosocial (psicológica y social), referente a la incorporación y adaptabilidad de los adultos mayores al ambiente del centro de protección y/o bienestar, actividad de inserción de redes de apoyo que vinculen a sus familiares.
12. Informar a la secretaría social la ocurrencia del fallecimiento de alguno de los adultos mayores inscritos en el programa, con el fin de vigilar y contemplar los cupos disponibles en el centro de protección y/o Bienestar.
13. Informar a la Secretaría social de la deserción de alguno de los adultos mayores inscritos en el programa y remitidos por la Secretaría, con el fin de vigilar y contemplar los cupos disponibles en el centro de bienestar.
14. Presentar informes mensuales o con novedades, recomendaciones y comentarios requisito indispensable para la aprobación de la factura por los servicios prestados.
15. Presentar las cuentas de cobro y/o factura cada mensualidad vencida, de acuerdo con el número de cupos brindados o adultos mayores atendidos y no por ítem o actividades ejecutada, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de qué se encuentra paz y salvo con los aportes del sistema integral de Seguridad Social y para fiscales
16. Coordinar las actividades a desarrollar, con el supervisor designado para tal fin encargado del control y vigilancia del contrato
17. El contratista deberá informar y suministrar al supervisor, los datos de identificación del personal convenido para la ejecución de las obligaciones y presentar los comprobantes de pago salarial en forma periódica mientras dure el contrato.
18. En ausencia del personal (calamidad doméstica, enfermedad, entre otros) Asignado para la ejecución del contrato, este será reemplazado sustituido en el menor tiempo posible de conocido el caso, dejando constancia escrita.
19. Atender en forma inmediata, las peticiones de cambio de su personal, por deficiencia o inconveniencia, dadas por el supervisor del contrato. el personal que se cambie por estas causas no podrá ser ubicado en ningún otro sitio donde se preste el servicio, que el contratista cuenta con la disponibilidad de reubicar a su propio personal, razón por la cual no podrá alegar que le es imposible el retiro por ausencia de posibilidades de reubicación dado que este no es un contrato de suministro de personal.
20. Cuándo en desarrollo del contrato ocurra sustitución, traslado, o cualquier novedad en cuanto a personal designado para el cumplimiento de las actividades contractuales, esta situación deberá ser soportada previamente al supervisor.
21. Salvaguardar la seguridad de todas las personas vinculadas para la prestación del servicio contratado, en razón a las consecuencias de qué ahí se deriven para la salud e integridad física de las personas.
22. Digitalizar la información correspondiente a la caracterización de la población atendida o beneficiaria de este programa de centro de bienestar de conformidad con la matriz de control que será facilitada por el supervisor del contrato para el inicio de las actividades.
23. El contratista mantendrá al departamento del Meta- secretaría social, siempre que sea originado de hechos imputables al contratista, contrato reclamo, demanda, acción legal, y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones al personal de la Secretaría social-departamental, del contratista, de las propiedades de dicho personal, adicionalmente a personas o propiedades de terceros, ocasionados por este durante la ejecución del objeto de este contrato.
24. El contratista deberá constituir póliza y todos los requisitos que en ellas se establecen para hacer la efectiva, de ser necesario. En caso de qué se instaure demanda o acción legal alguna, o se formule reclamo contra el departamento del Meta/Secretaría social, por asuntos que según el contrato sean de responsabilidad del contratista; la administración departamental se lo comunicará para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas pertinentes previstas por la ley para mantener la indemne, y se adelanten las negociaciones para llegar a un arreglo del conflicto.

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

25. Informar y denunciar a las autoridades competentes cualquier acto u omisión que afecte la moralidad pública con los soportes correspondientes.
26. Elaborar las certificaciones de los servicios efectivamente prestados, las cuales deberán anexar a la factura para el pago correspondiente.
27. Administrar al personal que contrate de manera autónoma, con sujeción estricta a la ley, garantizando que los servicios y procesos a su cargo como contratista se cumplan de manera eficiente, eficaz y oportuna, quedando el departamento del Meta y la Secretaría social reveladas de intervenir en Tales asuntos, conservando en todo caso la facultad de dirección y orientación de las actividades del contratista como colaborador de la administración para las consecución de sus fines en relación o como consecuencia del objeto y obligaciones emanadas de este contrato.
28. El contratista deberá asumir de manera autónoma, diligente, inmediata e idónea cualquier reclamación, acción judicial, acción de tutela, petición que se le haga por parte de su personal o de terceros, además de cualquier asunto de alcance jurídico en relación con la administración del personal a su cargo manteniendo ajeno de Tales situaciones al departamento del Meta.
29. Actualizar la hoja de vida de cada usuario desde el momento de su ingreso en la cual se establecerán las recomendaciones y restricciones, basados en la valoración integral inicial realizada a cada usuario por parte de los profesionales que integran el programa, además de los datos básicos y de contrato, registro de avances y datos relevantes.
30. Realizar el pago de los gastos de funcionamiento del inmueble como Arriendo de requerirse, así como de los servicios públicos facturados por las empresas prestadoras de Agua, alcantarillado y aseo, energía eléctrica, gas natural, que se consuman en cada centro de atención.
31. Las demás propias del servicio que se requiere.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	18/10/2024	Al	17/11/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	5

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)	**Treinta y tres millones ciento ochenta mil setecientos sesenta y tres pesos con treinta y tres centavos m/cte. ($ 33.180.763,33)**

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**
5591	0301-2.3.41.4104.1500.004.2.3.2.02.02.009-08	93221	$33.180.763,33
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$33.180.763,33**

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

Escaneado con CamScanner

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

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En el municipio de Villavicencio	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$33.180.763,33
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$33.180.763,33**

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**		
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
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	$33.180.763,33	18/06/2024	17/07/2024	16.67%
Segundo pago	$33.180.763,33	18/07/2024	17/08/2024	16.67%
Tercer pago	$33.180.763,33	18/08/2024	17/09/2024	16.67%
Cuarto pago	$33.180.763,33	18/09/2024	17/10/2024	16.67%
Pago autorizado en el presente informe	$33.180.763,33	18/10/2024	17/11/2024	16.67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$33.180.763,35	18/11/2024	17/12/2024	16.65%
Valor Total del Contrato Inicial	**$199.084.580,00**	18/06/2024	17/12/2024	**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

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

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	**$199.084.580,00**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	N/A
Número de Planilla	N/A
IBC (Ingreso Base de Cotización)	N/A
Valor pagado a SALUD	N/A
Valor pagado a PENSIÓN	N/A
Valor pagado a ARL	N/A
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	SI
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 trece (_13) días del mes de __diciembre_ de ___2024___ .

Cordialmente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
Supervisor

Escaneado con CamScanner

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f8fc19176972db4e4188f60cff7ee06a68b4c11dff649113a98f80c98d6645ef8d60c096b339b25a3acf6c2a3a3c24ac

Número de Factura: FECA-42
Fecha de Emisión: 24/11/2024
Fecha de Vencimiento: 24/11/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO
Nombre Comercial: CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO
Nit del Emisor: 822004675
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 8730;9499

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CL 33 25 A 57 BRR SAN GREGORIO
Teléfono / Móvil: 3112205441
Correo: corp.casadelalfarero@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: VILLAVICENCIO
Teléfono / Móvil: 6086818500
Correo: hacienda@meta.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	GOBERNACION CONVENIO 1215 DE 2024	BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL QUE AFECTAN EN GRAN MEDIDA A LOS ASPECTOS BIOLOGICO PSICOLOGICO Y EMOCIONAL DE LAS PERSONAS EDAD AVANZADA	NIU	20,00	$ 1.659.038,17	$ 0,00	$ 0,00					$ 33.180.763,33

Notas Finales

Linea de negocio:

Escaneado con CamScanner

Datos Totales

Documento generado el:
24/11/2024 18:34:10
Documento validado por la DIAN:
24/11/2024 18:34:10
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	

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

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	33.180.763,33
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	33.180.763,33
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	33.180.763,33
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 33.180.763,33

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764080970921 Rango desde: 34 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2025-10-04

Escaneado con CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6A6206052527F4C1B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LISA CATALINA MARROQUIN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121865835 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 253914-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.865.835

MARROQUIN

APELLIDOS

LISA CATALINA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA





FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1990

VILLAVICENCIO

(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1,60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

10-JUL-2008 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Escaneado con CamScanner

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

253914-T



LISA CATALINA MARROQUIN
C.C. 1121865835
RES. INSCRIPCION 88 DEL 18/02/2019
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

262153 283252

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Escaneado con CamScanner

CORPORACION LA CASA DELALFARERO

CENTRO PARA LA INTERVENCION A LA ADICCION
NIT. 822.004.675-1

GANADOR TITANES GRANDES DE CORAZON

Villavicencio, 18 de noviembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO CONTRATISTAS

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, manifestó bajo la gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a **PAZ Y SALVO** a la fecha por todo concepto con todos sus contratistas de acuerdo con las polítticas internas de pago de la Institución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META ".**

El suscrito revisor fiscal, se permite en certificar.

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 – T

Calle 33 N.° 25 A 57 B. San Gregorio - Villavicencio Meta
Tel 6086458460 Cel. 3112205441
Email corp.casadelalfarero@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

CORPORACION LA CASA DELALFARERO

CENTRO PARA LA INTERVENCION A LA ADICCION

NIT. 822.004.675-1

GANADOR TITANES CANAL GRANDES DE CORAZON

Villavicencio, 18 de noviembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRATISTAS

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, certifica que para la ejecución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META "se** encuentra a PAZ Y SALVO, a la fecha con sus contratistas en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral:

- Aportes Parafiscales
- Aportes con el sistema de Seguridad Integral
- El pago de Honorarios
- El suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 - T

Calle 33 N.° 25 A 57 B. San Gregorio - Villavicencio Meta
Tel 6086458460 Cel. 3112205441
Email corp.casadelalfarero@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

CORPORACION LA CASA DELALFARERO
CENTRO PARA LA INTERVENCION A LA ADICCION
NIT. 822.004.675-1

Villavicencio, 18 de noviembre de 2024

SEÑORES

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRATISTAS

La Corporación la casa del Alfarero con Nit 822004675-1, certifica que para la ejecución del CONTRATO N° 1215 **"BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABIIDAD Y ABONDONO SOCIAL EN CENTROS DE BIENESTAR PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META "se** encuentra a PAZ Y SALVO, a la fecha con sus contratistas en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral:

- Aportes Parafiscales
- Aportes con el sistema de Seguridad Integral
- El pago de Honorarios
- El suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores

Cordialmente,

LISA CATALINA MARROQUIN
Revisor Fiscal
C.C. 1.121.865.835
T.P. 253914 - T

Calle 33 N.° 25 A 57 B. San Gregorio - Villavicencio Meta
Tel 6086458460 Cel. 3112205441
Email corp.casadelalfarero@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121928033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON	CRA37 24 26 SAN BENITO	3212424509	tatiana.arciniegasp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	08/10/2024	80769916	$377.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121928033	TATIANA ALEXANDRA ARCINIEGAS PINZON	CRA37 24 26 SAN BENITO	3212424509	tatiana.arciniegasp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	1	08/11/2024	9275991	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLE	COMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días Cotizados	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121928033	ARCINIEGAS PINZON TATIANA ALEXANDRA	67	0			N																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	182.500	14-11	1.300.000	1	6.900		0	0	0	0	0	0	0	0

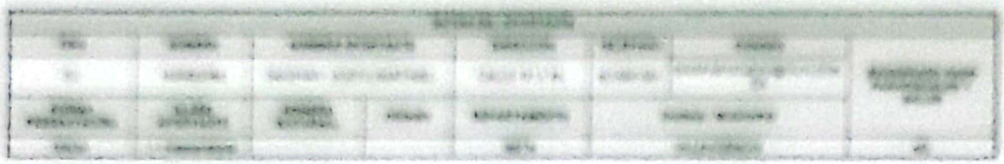
PAGADA

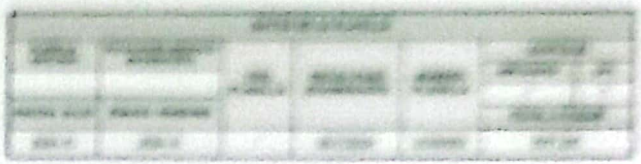
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

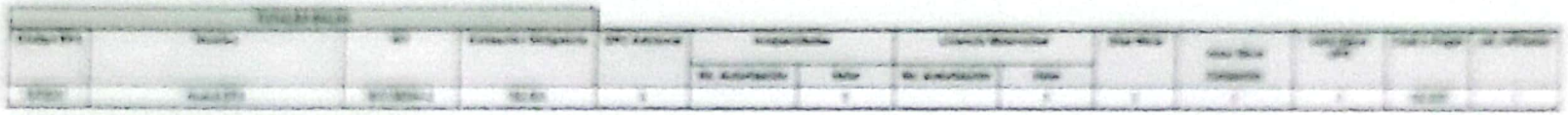
compensar | miplanilla.com

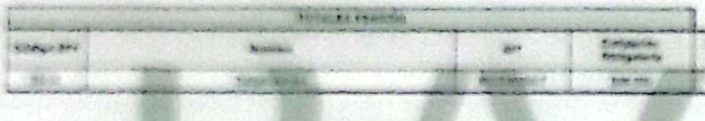
PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

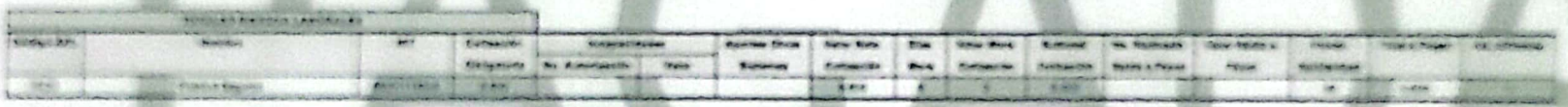




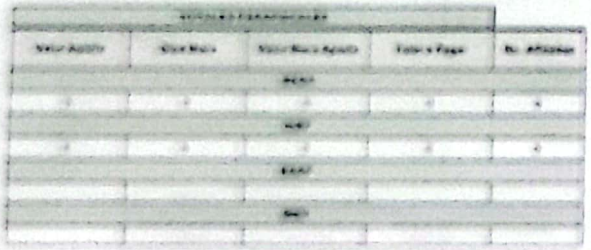
TOTALES POR SUBSISTEMAS

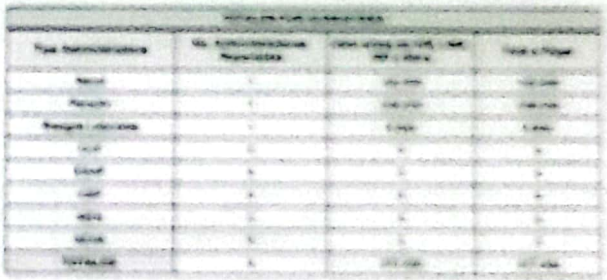












PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000832388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ		CALLE 19 11 55	3215521561	DAHIFARYCUETO@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	1	05/11/2024	81504563	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombia Residente	Estudiante	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntaria 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	1000832388	CUETO MARTINEZ DAHIFARY	59	0		N																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1006523309
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NORIDA MORENO VILO
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCION	CLLSC NO 31-41	TELEFONO	2222222
TIPO APORTANTE	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			75466559921	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES octubre AÑO 2024
DIAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/11/08	NUMERO AUTORIZACION	102775873

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
51001	51001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

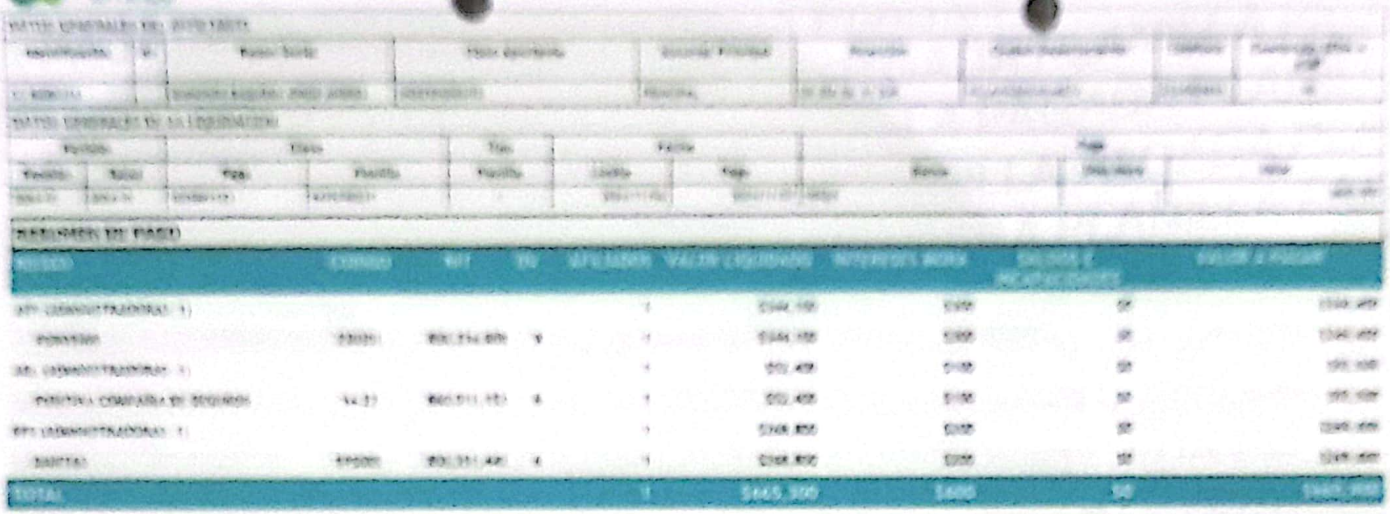
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.800	$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 8.800
SUBTOTALES									$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 8.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Resumen General de Pago



USUARIO: 86086314
CONTRASEÑA: 1994JABB

Escaneado con CamScanner

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-26, 12:51:53 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 74554772

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024

PAGADO 26/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA		
Documento	CC14895175	Dirección	CL 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VTP	COR	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IGE	Días LMA	Días AVP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Ap Mine
CC 14895175	MANUEL ANTONIO OSPINA GAVIRIA	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(RSI-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 1.700	$ 379.000

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1052409971
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			AURA MARCELA HIGUERA MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CARRERA 4 ESTE #18 42	TELÉFONO	6751245
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	02 - DOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	79444236O1	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	octubre AÑO	2024
DIAS DE MORA	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/11/12	NUMERO AUTORIZACIÓN			104385627

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
05-14	05-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES										$ 256.000	$ 0	$ 256.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000		$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES													$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 39.000
SUBTOTALES									$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 39.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORNA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	IRL	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP																										
																											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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	1052409971	AURA MARCELA HIGUERA MARTINEZ	03-DEPENDIENTE CTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.600.000				NO																	05-14 COLPENSIONES	30	1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS005-SANITAS S.A	30	1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	1.600.000	1052409971	$ 39.000	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 495.000

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner

aportes en linea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1031761356	9474875500	1	2024/11/20	2024/11/06	BANCOLOMBIA	0	$169,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		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)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
1	CC 17317570	RUIZ MORALES HEBERT			0	$0	$0	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.5225	$6,800	0	$0	$0	No	$169,300
Total Afiliados(1)						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17317570		RUIZ MORALES HEBERT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 26a 4d 82	VILLAVICENCIO-META	3212803697	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	1031761356	9474875500	1	2024/11/20	2024/11/06	BANCOLOMBIA	0	$169,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
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	$169,300	$0	$0	$169,300

Escaneado con CamScanner