

Bogotá D.C 30 NOVIEMBRE de 2019.

REGIMEN SIMPLIFICADO
SOLICITUD DE PAGO No 06
RUT No. 49779161

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION GENERAL SANIDAD MILITAR
CENTRO DE MEDICINA NAVAL

NIT 830.039.670.-5

DEBE A:

WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO

CC No. 1012319319

La suma de: \$931.722 (NOVECIENTOS TREITA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS).

Por concepto: Prestación de Servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA para el Area Asistencial del centro de medicina Naval y en virtud de los servicios prestados dese el 01 al 30 DE NOVIEMBRE de 2019, en desarrollo del contrato No.018-DGSM-DISAN-CEMED-2019.

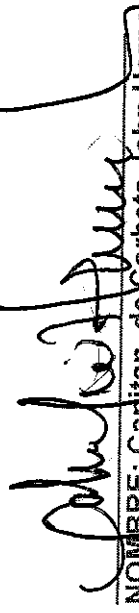
En cumplimiento del requisito contemplado en el artículo 5 del Decreto-Ley 129 de enero de 2010, manifiesto expresamente que he realizado mis aportes al sistema de seguridad social y pensiones mediante la planilla integrada de liquidación de ASOPAGOS No.8601177555 del mes de OCTUBRE de 2019.

INFORMACION PARAFISCALES PARA BASE DE DEDUCCIONES	
APORTE SALUD	\$ 103.600
APORTE PENSION	\$ 132.500
APORTE CAJA DE COMPELACION	\$ 16.600
ARP	\$ 20.200
INTERESES	
TOTAL	\$ 272.900

Mi numero de cuenta de ahorros es 008480311680 de DAVIVIENDA

De igual forma certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes realizados a salud, SI () NO (x) han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.


NOMBRE) WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
CC No. 1012319319
DIRECCIÓN: Calle 65 No. 78-18
CELULAR: 3134585583
CORREO ELECTRONICO: wilfredtortello1986@gmail.com


NOMBRE: Capitan de Corbeta John Hernandez
Supervisor contrato No.018 -DGSM-DISAN-CEMED -2019

Anexo: PLANILLA 8601177555 INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES DE COTUBRE DE 2019.

Nota: Por favor lea detenidamente las instrucciones para el diligenciamiento del formato, en el que usted encuentra instrucciones generales (color negro) y específicas (color Gris). Las de color negro no las cambie ni elimine, las de color Gris las elimina del documento antes de imprimir.

No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral, use la paginación descrita en éste instructivo.

YO WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO, identificado con Cedula de Ciudadanía N°1.012.319.319 de BOGOTÁ, en mi condición de contratista, y vinculado bajo las disposiciones de las la Ley 80 de 1193 y Ley 1150 de 2007 a la Dirección General de Sanidad Militar – CEMED, mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo a la Gestión N° 087-DGSM – DISAN – CEMED - 2019, me permito presentar el informe de las actividades desarrolladas durante el mes de NOVIEMBRE de 2019, de acuerdo a las obligaciones señaladas en el Contrato Electrónico, de la Siguiente manera:

1. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES

Número	Obligaciones – Especificaciones Técnicas o Entregables del contrato	Evidencia del cumplimiento Describir detalladamente el cumplimiento de cada obligación, (No se limite a escribir "se cumplió")
1	Funciones y actividades como AUXILIAR DE ENFERMERIA DE SALAS DE CIRUGIA	114 Horas trabajadas

Igualmente manifiesto que he dado cumplimiento a los pagos al Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes y para efectos de verificación por parte del supervisor, anexo a la presente copia de la planilla de aportes en estado pagada, como se evidencia el valor aportado por cada concepto, fecha de pago y periodo cotizado.

Nota: Corresponde al Supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas y reportadas en el informe, así como el seguimiento Administrativo, Técnico y Financiero, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011.

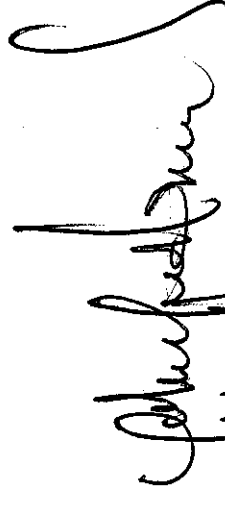
Atentamente,


WILFRED TORTELLO BARRERO

Firma Contratista

Nombre Completo Contratista

Identificación del contratista


Carlos Fernando
Firma del Supervisor
Grado Nombre del Supervisor
Cargo Jefe Sala Cirugía

RAZON SOCIAL :	WILFRED DE JESUS TORTELLO BARRERO
IDENTIFICACION:	CC-1012319319
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-11-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-11-07
FECHA DE PAGO:	2019-11-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2019-10
PERIODO SALUD:	2019-10
NUMERO PLANILLA:	8601177555
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8658185536
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA A	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900196264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 103.600	\$ 103.600
230301	900224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 132.500	\$ 132.500
14-11	890803790	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 20.200	\$ 20.200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.600	\$ 16.600
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 272.900	\$ 272.900