porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PATRICIA AVILA MONSALVE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.338.367**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|2|2|0|2|0

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Salud .

50.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52.☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53.☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	Click AQUI para firmar

X.ANEXOS

☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004767916	0|4|0|2|2|0|2|0

. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
AVILA (Primer apellido)	MONSALVE (Segundo apellido)	PATRICIA (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	28338367	Femenino ☒ Masculino ☐	16|05|1979

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
KM 21 1 1 FINCA DE LAS DELICIAS		3166250585	PATY_MONSALVE@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BUCARAMANGA	Urbana ☒ Rural ☐		SANTANDER

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición I	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB ALIANZA DIAG CP SOTOMAYOR - ALIANZA DIAGNOSTICA UOD- CP	ALI_CAMPES - ALIANZABUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PATRICIA AVILA MONSALVE	CC	28338367	01

39.Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
KM 21 1 1 FINCA DE LAS DELICIAS	3166250585	PATY_MONSALVE@HOTMAIL.COM	BUCARAMANGA	SANTANDER

informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

SaludTotal

Bogotá, Febrero 4 de 2020

Señora:
AVILA MONSALVE PATRICIA
CC. 28338367
KM 21 1 1 FINCA DE LAS DELICIAS - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 9 de 2004. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FERREIRA AVILA DANIELA	1098072236	T	T	224	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	HIJO MENOR DE 18 AÑOS		Ninguna
AVILA MONSALVE PATRICIA	23338367	C	C	47	0	OTROS	OTROS	OTROS	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
AVILA MONSALVE PATRICIA	28338367	C	C	292	0	COTIZANTE	COTIZANTE	COTIZANTE		Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO	28338367	Dependiente	CERRADO
COOPERARIOS C T A	28338367	Dependiente	CERRADO
PATRICIA AVILA MONSALVE	28338367	Trabajador Independiente	CERRADO
PATRICIA AVILA MONSALVE	28338367	Trabajador Independiente	VIGENTE
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	28338367	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe

REPUBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA DECIMA

DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Carrera 21 No. 22-30 - PBX-Fax: (7) 642 1111

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

El suscrito Notario Décimo Certifica:

Que el registro civil de nacimiento correspondiente al día 20 de Septiembre de 2006

Bajo Serial No. 404242235 Se halla inscrita el acta de nacimiento de

DANIELA FERREIRA AVILA Id.: 1098072236

Sexo FEMENINO Nacido en BUCARAMANGA "A"RhPOSITIVO

Ocurrido el día 09 de Septiembre de 2006

Nombre del Padre GERARDO FERREIRA HERNANDEZ

Nombre de la Madre PATRICIA AVILA MONSALVE

Bucaramanga, 20/09/2006 VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

HERNANDO LEON CORTES NIÑO
NOTARIO DECIMO

REPUBLICA DE COLOMBIA Hernando L. Cortes Niño Notario Decimo

E-mail: notadiez@telecom.com.co

PRUEBA DEL ESTADO CIVIL (Dcto. 1260 de 1970 Art. 105/106)
ESTE DOCUMENTO TIENE VALIDEZ PERMANENTE
(Ley 962 de 2005 Art. 21)

8. **CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES**

Entidad: Ministerio del Trabajo
NIT. 830.115.226-3
Contrato 237 febrero 7 / 2020
Valor del Contrato $ 55.000.000
Fecha de Iniciación: 7 de febrero / 2020
Fecha de Terminación: 06 de diciembre / 2020
Valor Por Cobrar Mensual: $5.500.000

Nota: Si tiene contratos con otras entidades favor mencionarlos en el mismo orden anterior

9. Para efectos de disminuir la base gravable a la que se le aplicará la Retención en la Fuente, certifico la siguiente información y anexo los respectivos soportes según aplique: **(Marque con una X los soportes entregados)**

- [X] Registro civil para hijos menores de edad o si son mayores de edad hasta los 25 años siempre y cuando se encuentren cursando estudios superiores (anexar certificado de estudios de la Universidad).
- [ ] Certificación Tributaria de medicina prepagada año gravable 2019.
- [ ] Certificado de cuenta AFC y valor autorizado a descontar $ XXXXXXXXXXXXX.
- [ ] Certificado Tributario de crédito hipotecario año gravable 2019.
- [ ] Certificación suscrita por Contador Público en caso de tener dependientes diferentes a los hijos (certificación de forma mensual), anexando fotocopia de la cédula del contador y tarjeta profesional.
- [ ] Aportes Voluntarios a Pensión y valor autorizado a descontar $XXXXXXXXXXX.

Nota: En el caso de presentar novedades en el transcurso del contrato favor informar y anexar copia respectiva; con el fin de disminuir la base de retención en la fuente; tenga en cuenta que si es primer pago del año para contratistas nuevos, deberá presentar los certificados de Afiliación a Seguridad Social (Pensión, EPS y ARL); pero si prestó servicios mediante la modalidad de contrato por prestación de servicios en el año 2019, deberá presentar el pago de seguridad social del mes de diciembre del mismo año ajustado al Ingreso Base de Cotización (IBC) de lo efectivamente cobrado en ese periodo (diciembre 2019).

Declaro que la información contenida en este documento es suficiente para aplicar la retención del caso y no haré reclamaciones posteriores por información o soportes que no haya anexado con este documento. Así mismo, declaro que estos soportes no fueron entregados en otra empresa o entidad del Estado para hacer uso de los mismos beneficios.

Esta declaración la hago en el mes de febrero de 2020, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012, para que surta los efectos legales.

Agradezco su Atención.

PATRICIA AVILA MONSALVE
C.C. 28.338.367

BOGOTA D.C. **FEBRERO/2020**

Señores
MINISTERIO DEL TRABAJO

Para cumplir con las disposiciones de la Ley 1819 de 2016, yo PATRICIA AVILA MONSALVE, con documento de identidad 28.338.367 de RIONEGRO – SANTANDER manifiesto bajo la gravedad de Juramento que:
MARQUE CON UNA X EN EL SIGUIENTE FORMULARIO

1. Mis ingresos como persona natural residente en el país provienen, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo propio.

   SI [X] **NO** [ ]

2. Mis ingresos provienen de la prestación de servicios personales mediante el **ejercicio de profesiones liberales** o de la prestación de **servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumas especializados, o de maquinaria o equipo especializado**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en el periodo fiscal:

   SI [X] **NO** [ ]

3. Responsable de IVA:

   SI [ ] **NO** [X]

4. De acuerdo con el Artículo 383. Parágrafo 2 del Estatuto Tributario, para la prestación del servicio o actividad he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores:

   SI [ ] **NO** [X]

5. Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior (2019), son iguales o superiores a mil cuatrocientos (1.400) UVT (Valor UVT año 2019 es $34.270) o $47.978.000

   SI [ ] **NO** [X]

6. Soy declarante del Impuesto de Renta:

   SI [ ] **NO** [X]

7. Declaro que las actividades que realizo, en el Ministerio del Trabajo, son por cuenta y riesgo propio bajo la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios.

8.Contribuir con el seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de pago.			A la fecha las sanciones ejecutoriadas están en trámite de cobro y no se ha agotado ese procedimiento
9. Apoyar en la elaboración y seguimiento de los informes de ingresos por concepto del cobro efectivo de las multas impuestas.	5%	Conciliación Ingresos Febrero (formato)	Se elaboró la conciliación de ingresos de enero y se realizó socialización con el asesor de la OIT y para recoger observaciones sobre el adecuado mecanismo de recaudo del cobro de cartera del FIVICOT
10. Apoyar con la verificación de la liquidación de las sumas que debe pagar cada deudor por multas impuestas.	2%	Informe de entrega sanciones	Se determinó el número de multas ejecutoriadas del mes de enero, y se entró en contacto con las DT que reportaron las sanciones, para verificar el cálculo de la liquidación que definió el monto impuesto como sanción.
11. Actividades complementarias para la conformación puesta en marcha del FIVICOT, realizadas por el Equipo.	15%	Formato entrega de productos evento, proyecto de resolución del comité evaluador.	1. Proyección de oficio dirigido al Director Nacional del SENA, solicitando la celebración de un convenio interadministrativo de cooperación que permita al Ministerio usar el aplicativo SIREC, para el recaudo y cobro de las multas impuestas 2. Reunión equipo FIVICOT convocada por la líder, para revisar los avances y control de actividades 3. Reunión con Diana Pérez de IVC para ir avanzando en la formulación del Proyecto de Inversión del FIVICOT 4. Reunión con la dra. YEANI donde se abordaron temas de carácter estadístico, se solicitó el directorio de las oficinas territoriales, los usuarios y claves de acceso al SISINFO.5. Trabajo en equipo de FIVICOT sobre preguntas sobre el funcionamiento del SIREC para llevarlas a la reunión con el SENA. Reunión con el SENA para explicar el funcionamiento del aplicativo SIREC, se formularon preguntas que fueron resueltas por el ingeniero expositor.

Carol Villamil A

CAROL INES VILLAMIL ARDILA
SUPERVISOR

PATRICIA AVILA MONSALVE
CONTRATISTA

Patricia Avila - FIVICOT

El empleo es de todos · Mintrabajo	PROCESO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES	Código: GC-F-04 Versión: 3.0 Fecha: Junio 04 de 2019 Página 1 de 1

CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 237 FEBRERO 7/ 2020 CON EL MINISTERIO DEL TRABAJO (1)

OBJETO DEL CONTRATO: (2) Prestar servicios profesionales de apoyo contable, para la puesta en funcionamiento de FIVICOT, para el cobro, recaudo y administración de los recursos para fortalecer el proceso de IVC

CONTRATISTA: (3)	INTERVENTOR (ES) Y/O SUPERVISOR (ES): (4)		PERIODO: (5)
PATRICIA AVILA MONSALVE	CAROL INÉS VILLAMIL ARDILA		7 de FEBRERO al 29 de FEBRERO DE 2020
OBLIGACIÓN (6)	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)**	**PRODUCTO ENTREGADO (8)**	**OBSERVACIONES (9)**
1. Apoyar el seguimiento a las multas ejecutoriadas y verificar que hayan sido remitidas para su respectivo cobro y recaudo.	10%	Bitácora de llamadas y Informe de multas impuestas	Se inspeccionó la base de las sanciones impuestas y se consolido las multas de FIVICOT y se hizo seguimiento a las multas físicas en IVC
2. Interactuar con las direcciones territoriales en lo relacionado con el cobro y recaudo de las multas impuestas.	3%	Informe de entrega impreso, visible en FIVICOT	Se preparó la información a entregar a las entidades territoriales en la reunión con los actos administrativos que reglamentan el Fondo para el Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control del Trabajo y la Seguridad Social (FIVICOT)
3.Prestar apoyo en la elaboración y seguimiento de reportes presentados al grupo de contabilidad por concepto del cobro de multas impuestas.	5%		Se realizó reunión con el área de Administrativa y Financiera para establecer los procedimientos a seguir en la elaboración y seguimiento de los reportes
4. Apoyar en la elaboración de informes con los que la dirección de IVC reporte a la Contaduría General de la Nación las novedades que afecten el Boletín de Deudores Morosos del Estado.	2%		Se están recibiendo las sanciones ejecutoriadas a partir del 1 de enero para así determinar los Deudores Morosos , con el fin de elaborar el informe y reportar a Contaduría General de la Nación
5. Llevar el control de ingresos por concepto de recaudo de multas, con sus respectivas conciliaciones.	5%	Bitácora de llamadas a entidades territoriales	Se contactó a las Direcciones territoriales para indagar si algunos de los sancionados allegaron recibo de pago por la sanción impuesta.
6.Presentar informes mensuales de lo recaudado por concepto de multas frente a los saldos en las cuentas de FIVICOT.			Asignación por parte del Tesoro Nacional de cuenta bancaria del Banco Popular, N.º de cuenta 050000249, Tipo de cuenta: corriente, Nombre de la cuenta: DTN-Fondos Comunes, Código Rentístico: 360101Ministerio del Trabajo. Trámite de solicitud y ampliación código cuenta (Pendiente firma)
7. Llevar control de los egresos por concepto de reintegros del FIVICOT.			Debido que el cobro se efectúa con la sanción ejecutoriada a partir del 1 de enero de 2020, no se han generado egresos por reintegro.

CIVA

OBSERVACIONES
(Novedades adicionales)

Favor Mencionar los usos presupuestales y valores que se deben afectar en caso de tener más de dos usos y según las actividades realizadas.

Rubro Presupuestal	Uso Presupuestal	Valor
C-3604-1300-8-0-3604010-02	A-02-02-02-008-002-02	**$ 4.216.667,oo**

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTOR (ES)
(Aplica solo para pago final)

El Supervisor, hace constar que el contratista CUMPLE (____) NO CUMPLE (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como consta en los informes, y ejecutó el mismo en un porcentaje del _____.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. Se canceló la suma de $ _____ conforme a la cláusula _____ del contrato.
2. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
3. El contratista deberá reintegrar al Ministerio la suma de $_____
4. El valor de la cesión es de $_____
5. El Ministerio debe liberar la suma de $_____

FIRMA RESPONSABLES:

Carol Villamil A

Supervisor (es)/Interventor (es)

PERIODO DE PAGO: Entre el 7 de febrero de 2020 y el 29 de febrero de 2020	NÚMERO DE PAGO: primer pago

ASPECTO ECONÓMICO

VALOR A COBRAR EN EL PERIODO	$ 4.216.667,oo

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR	PERIODO COTIZADO	N. DE PLANILLA
	$		

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) y/o INTERVENTOR (ES) (Revaluación del Proveedor)

Evalúe al contratista/proveedor teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

Ítem	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	
2	Responsabilidad	Presentar los informes y/o soportes que le sean requeridos por el supervisor.	
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	
4	Calidad	Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas	

CLM

El empleo es de todos Mintrabajo	**PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME PARA PAGO**	**Código: GC-I-02-F-01** **Versión: 1.0** **Fecha: Mayo 08 de 2019** **Página: 1 de 4**

Espacio para Radicado.

No. radicado: 08SI2020330000000003734
Fecha de radicación: 2020-02-21 02:13:16 pm

Calle 24 Feb 2020 11:43 a

N. DE CONTRATO Y FECHA. 237 del 7 de febrero de 2020

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO CONTABLE, PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL FIVICOT, PARA EL COBRO, RECAUDO Y ADMINISTRCIÓN DE LOS RECURSOS PARA FORTALECER EL PROCESO IVC.

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: PATRICIA AVILA MONSALVE

DIRECCIÓN: Calle 54 Sur No.90B – 41 Bosa Caldas	**TELÉFONO: 316-6250585**
CÉDULA Y/O NIT: 28.338.367	**CORREO ELECTRÓNICO: pavila@mintrabajo.gov.co**

NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTORES (ES): CAROL INES VILLAMIL ARDILA

DEPENDENCIA: Dirección de Inspección, Vigilancia, y Control Territorial	**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 12014**
FECHA DE INICIO: 7 de febrero de 2020	**FECHA TERMINACIÓN INICIAL: Diciembre 6 de 2020**

VALOR DEL TOTAL DEL CONTRATO: CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (55.000.000)

VALOR HONORARIOS MENSUAL: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($5.500.000,oo)

VALOR IVA (Cuando aplique):	VALOR FACTURAS (Cuando aplique):	VALOR DESPLAZAMIENTOS (Cuando aplique):	ADICIÓN: (Cuando aplique):	PRÓRROGA (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)	SUSPENSIÓN:	CESIÓN:	TERMINACIÓN ANTICIPADA:	

CLA