TRD 115-19-11

1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. 115.19.11.304.2025
CONTRATISTA:	**CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ GARCIA**
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE YUMBO, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL PARA TRANSFORMAR LA EDUCACIÓN EN EL MUNICIPIO DE YUMBO.
VALOR DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 9.000.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	A partir de la suscripción del Acta de inicio previa la legalización del mismo y hasta el 15 de diciembre del 2025
FECHA DE INICIO:	15 de Julio del 2025
FECHA DE TERMINACION:	15 de Diciembre del 2025
FORMA DE PAGO:	VALOR Y FORMA DE PAGO: El valor del contrato será por la suma de NUEVE MILLONES DE PESOS (9.000.000) M/CTE, el cual se pagará en seis (6) cuotas, una (1) primera cuota por valor de NOVECIENTOS MIL PESOS ($900.000) M/CTE, cuatro (4) cuotas cada una por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1,800.000) M/CTE, y una última cuota (1) de NOVECIENTOS MIL PESOS ($900.000) M/CTE previa presentación de acta de supervisión suscrita por el supervisor y el contratista como requisito para cada uno de los pagos, una vez acreditado que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes relativos al Sistema Integral de Seguridad Social. En todo caso el pago se hará previa disposición de giros de P.A.C. PARAGRAFO I: El CONTRATISTA sólo tiene derecho a los emolumentos expresamente pactados en esta cláusula. Por tanto, no podrá reclamar el pago de prestaciones sociales por este concepto. PARAGRAFO II: Para la realización de los pagos, EL CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral Salud, pensión y ARL, conforme al artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
NOMBRE Y CARGO SUPERVISOR (ES) DEL CONTRATO:	DIANA MONTEHERMOSO TULANDE Sub-secretaria de calidad y cobertura Secretaria de Educación Municipal de Yumbo.
PERIODO DE SUPERVISIÓN:	**QUINTO PAGO**

2. SEGUIMIENTO TECNICO

Actividades Contratadas	Actividades Ejecutadas	Registro o Evidencia de la Actividad	Ubicación Física del registro o evidencia
a) Brindar apoyo operativo en la intervención integral de las áreas administrativas.	Brindó apoyo en limpieza y desinfección de sala de profesores, secretaria, coordinación de la institución educativa Rosa Zarate de Peña	ANEXO Evidencia registro fotográfico	EN EL SECOP II Y EXPEDIENTE FISICO DEL INFORME
b) Apoyar en el mantenimiento de la imagen de las Instituciones Educativas Oficiales donde sea asignado o asignada.	Apoyó en mantenimiento de la imagen de aulas de clase, pasillos, zonas comunes en la institución educativa Rosa Zarate de Peña	ANEXO Evidencia registro fotográfico	EN EL SECOP II Y EXPEDIENTE FISICO DEL INFORME
c) Asistir a las reuniones programadas por la SEMY relacionada con la ejecución del objeto contractual.	Asistió a la reunión programada por la SEMY sobre entrega de informe final.	ANEXO Evidencia pantallazo reunión	EN EL SECOP II Y EXPEDIENTE FISICO DEL INFORME
d) Brindar apoyo a la gestion de la secretaria de educacion en las demas actividades inherentes al cabal cumplimiento del objeto contractual.	Brindó apoyo en la institución educativa en las labores de limpieza según las zonas necesitadas.	ANEXO Evidencia registro fotográfico	EN EL SECOP II Y EXPEDIENTE FISICO DEL INFORME
OBSERVACIONES			

Cumplimiento de Actividades Contratadas y Objeto Contractual en el Periodo	SI	X	NO		Cumple Parcialmente	

3. SEGUIMIENTO CONTABLE, FINANCIERO Y JURIDICO

	No.	Cuenta / Apropiación	Fecha	Valor
CDP	20252816	04.01.00.00.22.2201.0700.2024768920044.2201006.2.3.2.02.02.008	3/06/2025	$ 10.800.000
Registro Presupuestal	20253325	04.01.00.00.22.2201.0700.2024768920044.2201006.2.3.2.02.02.008	15/07/2025	$9.000.000

Valor a Pagar en el Periodo	Valor Ejecutado a la Fecha	Valor por Ejecutar
$1.800.000	$ 8.100.000	$ 900.000

Prorroga / Adiciones al Contrato: Tiempo _____ Valor: _____ Actividades: _____
Diligenciar en caso de adiciones por valor

Pago de Seguridad Social

Base de Cotización	Valor pagado a			Total Pagado	Fecha de pago
	EPS	PENSIÓN	ARL		
$1.423.500	$178.000	$227.800	$14.900	$420.700	06 de Noviembre 2025

4. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGO DEL CONTRATO

¿Después del monitoreo por parte de la supervisión se han materializado riesgos?	SI	NO
		X

Si la respuesta fue NO.

Se ha realizado el monitoreo, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través de la presente acta de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

Si la respuesta fue SI.

Justifique: N/A

5. CERTIFICACIÓN:

5.1. Por parte del Supervisor:

Certificó el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista en desarrollo de las actividades descritas en el acta de supervisión correspondiente al mes de **Noviembre 2025** según lo pactado en el contrato en mención del año avante. Igualmente se anexa pago de la seguridad social.

5.2. Por parte del Contratista

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que me encuentro afiliado y a paz y salvo por todo concepto con el sistema de seguridad social integral así como con los aportes parafiscales a los que estoy obligado.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por el contratista y los que en ella supervisan a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre del 2025.

Firma:

Claudia Patricia Ramirez G.

NOMBRE: Claudia Patricia Ramírez Garcia
Cargo: Contratista
Dependencia: SECRETARIA DE EDUCACION

Firma:

Diana

NOMBRE: Diana Montehermoso Tulande
Cargo: Sub-secretaria De Calidad Y Cobertura
Dependencia: SECRETARIA DE EDUCACION

V.B Carolina Satizabal
Nombre: Carolina Satizabal
Profesional de Apoyo

Alcaldía Municipal de Yumbo	REGISTRO FOTOGRAFICO	SUPERVISOR ENCARGADO:	DIANA MONTEHERMOSO TULANDE
	SECRETARIA DE EDUCACION	PROCESO:	PROCESO C

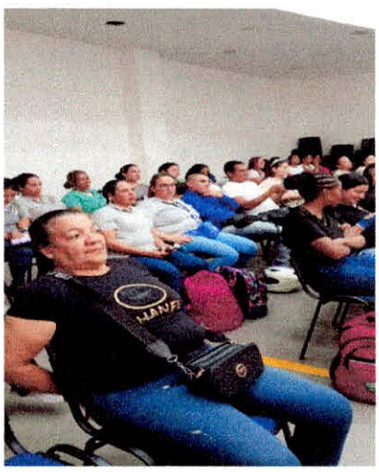
NOMBRE	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ GARCIA		
MES:	Noviembre	AÑO:	2025



Lugar:	I.E Rosa Zarate de Peña
Descripción de la Actividad	
Se realizó limpieza de aulas de clase	



Lugar:	I.E Rosa Zarate de Peña
Descripción de la Actividad	
Se realizó limpieza en exteriores	

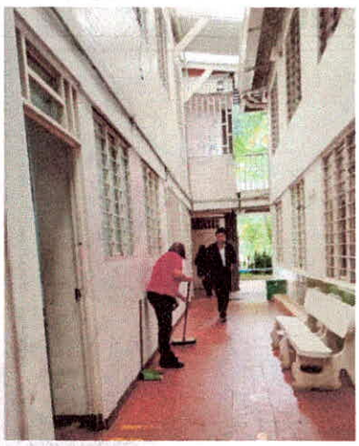


Lugar:	Recinto Municipal
Descripción de la Actividad	
Se asistió a reunión programada por la SEMY	



Lugar:	I.E Rosa Zarate de Peña
Descripción de la Actividad	
Se realizó limpieza y desinfección en baños	

Alcaldía Municipal de Yumbo	REGISTRO FOTOGRAFICO	SUPERVISOR ENCARGADO:	DIANA MONTEHERMOSO TULANDE
	SECRETARIA DE EDUCACION	PROCESO:	PROCESO C



Lugar:	I.E Rosa Zarate de Peña
Descripción de la Actividad	
Se realizó limpieza de corredores	



Lugar:	I.E Rosa Zarate de Peña
Descripción de la Actividad	
Se realizo limpieza de contenedores de basuras	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66956400		RAMIREZ GARCIA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA SONORA DAPA	YUMBO-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93264538	9493322730	I	2025/11/05	2025/11/06	BANCO DE OCCIDENTE	1	$449,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$100	$0	$15,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$100	$0	$15,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$449,200	$600	$0	$449,800

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66956400		RAMIREZ GARCIA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA SONORA DAPA	YUMBO-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93264538	9493322730	I	2025/11/05	2025/11/06	BANCO DE OCCIDENTE	1	$449,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: YUMBO Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 66956400	RAMIREZ CLAUDIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$28,500	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$14,900		$0	$0

2025/11/06 01:12 PM

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9614011889 DV: 711578
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 06/11/2025 10:28:19
PAP: 912614
Nombre: CLAUDIA
Apellido 1: RAMIREZ
NUM PLANILLA: 9493322730
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 66956400
PERIODO: 202510
Referencia: 9493322730Valor: $449.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	Rosa Zarate de Peña
SEMANA :	del 14 al 17 de octubre /2025

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos			X		X		X		X		
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas			X		X		X		X		
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito.			X		X		X		X		
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**.			X		X		X		X		7 Am - 2 PM
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD)**: **Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del área **administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.			X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.			X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección del área **de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.			X		X		X		X		
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.			X		X		X		X		
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada			X		X		X		X		

OBSERVACIÓN:	
RESPONSABLE:	Claudia Patricia Ramirez Garcia
FIRMA COORDINADOR:	

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	Rosa Zarate de Peña
SEMANA:	del 20 al 24 de octubre /2025

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos	X		X		X		X		X		
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas	X		X		X		X		X		
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito.	X		X		X		X		X		
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**.	X		X		X		X		X		7 Am - 2 pm
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD)**: **Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del **área administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección del **área de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.	X		X		X		X		X		
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.	X		X		X		X		X		
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada	X		X		X		X		X		

OBSERVACIÓN:	
RESPONSABLE:	Claudia Patricia Ramirez G.
FIRMA COORDINADOR:	

Coord.

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	Rosa Zarate de Peña
SEMANA :	del 27 al 31 de octubre /2025

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos	X		X		X		X		X		
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas	X		X		X		X		X		
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito.	X		X		X		X		X		
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**.	X		X		X		X		X		7 Am - 2 pm
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD)**; **Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del **área administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección del **área de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.	X		X		X		X		X		
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.	X		X		X		X		X		
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada	X		X		X		X		X		

OBSERVACIÓN:	
RESPONSABLE:	Claudia Patricia Ramirez G
FIRMA COORDINADOR :	

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	Rosa Zarate de Peña
SEMANA :	del 04 al 07 noviembre / 2025

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos			X		X		X		X		
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas			X		X		X		X		
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito.			X		X		X		X		
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**.			X		X		X		X		7 Am – 2 pm
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD)**: **Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del área **administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.			X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.			X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección del área **de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.			X		X		X		X		
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.			X		X		X		X		
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada			X		X		X		X		

OBSERVACIÓN:	
RESPONSABLE:	Claudia Patricia Ramírez G.
FIRMA COORDINADOR :	

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	Rosa Zarate de Peña
SEMANA:	del 10 al 14 noviembre /2025

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos	X		X		X		X		X		
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas	X		X		X		X		X		
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito	X		X		X		X		X		
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**	X		X		X		X		X		7 Am-2pm
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD); Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del **área administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.	X		X		X		X		X		
Se realiza la limpieza y desinfección del **área de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.	X		X		X		X		X		
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.	X		X		X		X		X		
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada	X		X		X		X		X		

OBSERVACIÓN:	
RESPONSABLE:	Claudia Patricia Ramirez G
FIRMA COORDINADOR :	coord.

LISTA DE SEGUIMIENTO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	
SEMANA :	

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	LUNNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		OBSEERVACION
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Se realiza uso, almacenamiento y manejo de productos quimicos											
Se realiza apoyo en la limpieza de y vaciado de contenedores de basura, canecas, y papeleras. Cambios de bolsas de las mismas											
La desinfección la realiza con: Hipoclorito litro de agua x 20ml de hipoclorito											
La limpieza y desinfección la realiza en horario **mañana (M); Colocar hora**.											
La limpieza y desinfección la realiza en horario **Medio día (MD). Colocar hora**											
La limpieza y desinfección la realiza en horario de la **Tarde (T). Colocar hora**											
Se realiza la limpieza y desinfección del **área administrativa**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del área de **sala de profesores**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **aulas de clase**.											
Se realiza la limpieza y desinfección de **pasillos**.											
Se realiza la limpieza y desinfección del **área de baños (inodoros, grifos, lavamanos)**.											
Se realizan las rutinas de limpieza y desinfección de las **àreas de alto contacto (manijas de las puertas, interruptores de luz, manijas, escritorios, pupitres, sillas teléfonos, teclados, escaleras, barandas)**.											
Se realiza registro diario de actividades de limpieza y desinfeccion en la institucion asignada											

OBSERVACIÓN:		
RESPONSABLE:		
FIRMA COORDINADOR :		

aportes en línea

Resumen General de Pago

304

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66956400		RAMIREZ GARCIA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA SONORA DAPA	YUMBO-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93264538	9493322730	I	2025/11/05	2025/11/06	BANCO DE OCCIDENTE	1	$449,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$14,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: YUMBO Depto: VALLE (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$14,900**		**$0**	**$0**
1	CC 66956400	RAMIREZ CLAUDIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$28,500	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$14,900**		**$0**	**$0**

Claudia Patricia Ramirez
Contrato # 304

2025/11/06 01:12 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66956400		RAMIREZ GARCIA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA SONORA DAPA	YUMBO-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93264538	9493322730	I	2025/11/05	2025/11/06	BANCO DE OCCIDENTE	1	$449,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$100	$0	$15,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$100	$0	$15,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$449,200	$600	$0	$449,800

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9614011889 DV: 711578
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 06/11/2025 10:28:19
PAP: 912614
Nombre: CLAUDIA
Apellido 1: RAMIREZ
NUM PLANILLA: 9493322730
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 66956400
PERIODO: 202510
Referencia: 9493322730Valor: $449.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co