

	SOLICITUD OBLIGACIÓN CONTRAÍDA	CÓDIGO	AP-GF-RG-14
		VERSIÓN	7
		FECHA DE APROBACIÓN	29/07/2015
		PÁGINA	1 de 1

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED		
Radicado No.	Fecha y Hora:	No. Folios

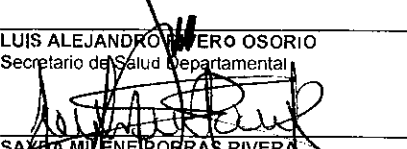
BENEFICIARIO :		YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILO								
C.C. o NIT :	91.017.791									
VALOR :	DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE (\$ 2.260.000=)									
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	☒	Convenio	☐	Resolución	☐	No.	2940	Fecha	28/12/2017
	Adicional	☐	Otro	☐	No.		Fecha	DD/MM/AAAA		
Número BPIN 2017004660024					Número SSEPI. 20160680000066					

NOTA: SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla Número BPIN si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó Número SSEPI si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental

DOCUMENTOS ANEXOS :	Pago Seguridad Social y Parafiscales	☒	Certificación Bancaria	☒	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra	☐
	Entrada Almacén	☐	Rembolsos de Caja Menor	☐	Resolución	☐
	Otros	☐	Acta de recibo parcial , Informe de supervisión y anexo No. 01			

CDP No.: 17009324	RP No.: 17013293	Rubro Presupuestal: A.2.4.13.04 -	Vigencia: 2017- 2018
Periodo a Cobrar	Desde: 29/03/2018	Hasta: 28/04/2018	Acta ☒ Parcial ☒ No. 4
		Informe Supervisión ☒ Final ☐	

CONCEPTO:	Anticipo	%	Desembolso	Pago Anticipado
	CUOTA 4 DE 7 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO No. 2940 DEL 28 DE Diciembre DE 2017, CUYO OBJETO "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER" SEGÚN DECRETO NO 043 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018. POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYO LA RESERVA PRESUPUESTAL.			

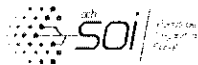
RESPONSABLES :	
 LUIS ALEJANDRO WERO OSORIO Secretario de Salud Departamental	 SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Supervisor del Contrato
Nombre y Firma Funcionario Encargado del Trámite	
Teléfono: 0366233 Ext. 1248-1302	

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED

LIQUIDACIÓN DESCUENTOS

CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Comoción			Pro Bienest. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 91017791
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 22 151 40	TELÉFONO: 6385694
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7687444775	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN: MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/04/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 330440783

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	\$ 144.700
SUBTOTAL:			1	\$ 144.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 113.000
SUBTOTAL:			1	\$ 113.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.800
SUBTOTAL:			1	\$ 4.800

TOTAL PAGADO:	\$ 262.500
---------------	------------

~~Handwritten signature~~

501

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES COMPROBANTE DE PAGO

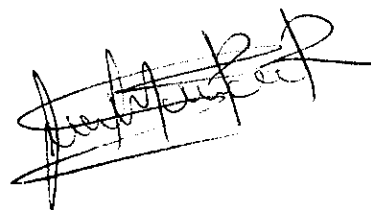


DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 91017791
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 22 151 40	TELÉFONO: 6385694
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4210226058	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9998220977

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	\$ 144.700
SUBTOTAL:			1	\$ 144.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 113.000
SUBTOTAL:			1	\$ 113.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.800
SUBTOTAL:			1	\$ 4.800

TOTAL PAGADO:	\$ 262.500
----------------------	-------------------



[illegible]