NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-436-2020	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ	
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar al ONS en el fortalecimiento de los procesos de apropiación social del conocimiento, el diseño e implementación de estrategias para el acceso a la información producida por el ONS para diferentes públicos en el marco del proceso de gestión de conocimiento.			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE**	1-JULIO-2021	**HASTA:**	31-JULIO-2021

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligaciones Específicas:

1. **Elaborar y actualizar un cronograma de actividades, plan de trabajo y elementos conceptuales para la ejecución contractual.**

Avances:

- El plan de trabajo fue entregado en el primer mes de ejecución contractual; el cronograma fue actualizado con corte a julio de 2021.

2. **Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.**

Avances:

- Realización de resumen del policy brief sobre los modelos matemáticos en las pandemias como nueva pieza de apropiación social del conocimiento.
- Realización de análisis del sondeo con el grupo del ONS y grupo focal.
- Estrategia de comunicaciones para el reposicionamiento del microstio del ONS.
- Guion de video sobre el qué hacer del ONS.
- Preparación y moderación de charla científica sobre “Recopilación, procesamiento y visualización de datos COVID-19 para la comprensión, seguimiento, ¿toma de decisiones y comparación nacional e internacional de la epidemia?”
- Revisión y propuesta de una nueva versión de las políticas de uso del micrositio de Redes del Conocimiento en Salud Pública.

3. **Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS**

Avances:

- Revisión y edición de capítulo y metodología del capítulo sobre los Sintomas relacionados con trastornos salud mental del Informe 13.
- Reunión con la coordinadora cuantitativa y ajuste de la guía de escritura.
- Revisión y comentario a la Estructura del capítulo sobre la Salud Mental en el Chocó - COVID-19 del informe 13.

4. **Generar reportes de resultados de análisis en formato de artículo científico para divulgación**

Avances:

- Avances en la exploración y consolidación metodológica para la elaboración del reporte sobre el discurso de las autoridades locales frente a la prevención del COVID-19. Sin embargo, no se cuenta con un documento consolidado aún, esta está previsto para el mes de agosto.

5. **Disponer los resultados en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información**

Avances:

- En proceso de exploración de los contenidos del segundo formato interactivo. El primero fue entregado en el mes de abril.

6. **Proveer respuestas a solicitudes y PQR externas de información de los temas de su competencia**

Avances: durante el periodo no fueron solicitadas respuestas a PQR externas.

7. **Participar en las reuniones de análisis, discusión de los temas relacionados con los informes del ONS y en las reuniones de divulgación de los resultados del Observatorio Nacional de Salud**

Avances:
- No se realizaron reuniones de seguimiento durante este periodo.

8. **Identificar, consolidar y entregar las bases de datos empleadas en los análisis con las respectivas rutinas de análisis para los datos del ONS.**

Avances:
- No fue necesaria la utilización de bases de datos, ni rutinas de análisis, para el desarrollo de las actividades de este periodo.

9. **Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.**

Avances:
- Realización de curso de Transparencia.



JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
Contratista

(1) Contrato No.	INS-CPS-436-2020		
(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ		
(3) Nombre del supervisor y/o interventor:	CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA – OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD		
(4) Director de Proyecto/Dependencia:	CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA – OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD		
(5) No. extensión o teléfono del supervisor:	Ext 1485		
(6) Objeto del contrato:	Apoyar al ONS en el fortalecimiento de los procesos de apropiación social del conocimiento, el diseño e implementación de estrategias para el acceso a la información producida por el ONS para diferentes públicos en el marco del proceso de gestión de conocimiento.		
(7) Fecha de inicio:	1-DICIEMBRE-2020	**(8) Fecha terminación:**	30-NOV-2021
(9) Período objeto del informe:	1 al 31 de julio de 2021		

(10) ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Elaborar y actualizar un cronograma de actividades, plan de trabajo y elementos conceptuales para la ejecución contractual.	Se elaboraron y entregaron en su totalidad los productos relacionados en la obligación contractual. Entregado: cronograma de actividades actualizado al mes de junio de 2021.	Cronograma Jacosta jul2021.xls	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\julio
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.	- Realización de resumen del policy brief sobre los modelos matemáticos en las pandemias como nueva pieza de apropiación social del conocimiento. - Realización de análisis del sondeo con el grupo del ONS y grupo focal. - Estrategia de comunicaciones para el reposicionamiento del microstio del ONS. - Guion de video sobre el qué hacer del ONS. - Preparación y moderación de charla científica sobre "Recopilación, procesamiento y visualización de datos COVID-19 para la comprensión, seguimiento, ¿toma de	Resumen modelos.doc Misión y Visión ONS.ppt Estrategia comunicativa posicionamiento microstio ONS.doc Guion video WEB ONS.doc Guion JUAN CAMILO Acosta.doc Preguntas a expertos.doc	Recibí de los productos a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\julio

	decisiones y comparación nacional e internacional de la epidemia?" - Revisión y propuesta de una nueva versión de las políticas de uso del micrositio de Redes del Conocimiento en Salud Pública.	POLITICAS_DE_USO_DE_LA_PLATAFORMA_DE_LA_RED_DE_CONOCIMIENTO_EN_SALUD_PUBLICA (1).doc	
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS	- Revisión y edición de capítulo y metodología del capítulo sobre los Sintomas relacionados con trastornos salud mental del Informe 13. - Reunión con la coordinadora cuantitativa y ajuste de la guía de escritura. - Revisión y comentario a la Estructura del capítulo sobre la Salud Mental en el Chocó - COVID-19 del informe 13.	3.2. Sintomas relacionados con trastornos SM.doc 8.3.2. Materiales y métodos síntomas.doc Estructura Salud Mental Chocó.doc	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\julio
4. Generar reportes de resultados de análisis en formato de artículo científico para divulgación.	- Avances en la exploración y consolidación metodológica para la elaboración del reporte sobre el discurso de las autoridades locales frente a la prevención del COVID-19. Sin embargo, no se cuenta con un documento consolidado aún, esta está previsto para el mes de agosto.	N/A	N/A
5. Disponer los resultados en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información.	- En proceso de exploración de los contenidos del segundo formato interactivo. El primero fue entregado en el mes de abril.	N/A	N/A
6. Proveer respuestas a solicitudes y PQR externas de información de los temas de su competencia	Durante el periodo no fueron solicitadas respuestas a PQR externas.	N/A	N/A
7. Participar en las reuniones de análisis, discusión de los temas relacionados con los informes del ONS y en las reuniones de divulgación de los resultados del Observatorio Nacional de Salud.	No se realizaron reuniones de seguimiento durante este periodo.	N/A	N/A
8. Identificar, consolidar y entregar las bases de datos empleadas en los análisis con las respectivas rutinas de análisis para los datos del ONS.	No fue necesaria la utilización de bases de datos, ni rutinas de análisis, para el desarrollo de las actividades de este periodo.	N/A	N/A

9. Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.	- Realización de curso de Transparencia.	761160761000 Integridad Juan Acosta.pdf	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\julio
% DE AVANCE ACUMULADO			**70%**

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA
Supervisora

(14) Bogotá, D. C., 6 de agosto de 2021

Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión 05
		FOR-A09.2026-002	2021-01-22

CERTIFICACIÓN: PARCIAL [X] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA: 71279430 **CONTRATISTA:** Juan Camilo Acosta Gómez

CONTRATO No.: INS-CPS-436-2020 **FECHA INICIO:** 1-dic-20 **FECHA TERMINACION:** 30-nov-21

REGISTRO PRESUPUESTAL: 26521

TIPO DE CONTRATO: PROFESIONAL [X] APOYO [ ]

VALOR A PAGAR: $ 6.200.000 **PAGO NUMERO:** 8 **DE** 12

Planilla de Pago No.: 52511711 **Fecha de Pago:** 6/08/21

Total (IBC): $ 2.480.000 **(El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS)**

PENSION (valor aporte): $ 396.800 **SALUD (valor aporte): $** 310.000 **ARL (valor aporte): $** 60.500

16% Nombre AFP: PORVENIR **12,5% Nombre EPS** COMPENSAR **Nombre ARL:** POSITIVA

TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: $ 767.300

¿Es Pensionado? SI [ ] **NO** [X]

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA: EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DERIVADAS DEL MISMO, QUE VERIFICÓ LOS COMPROBANTES DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL) ESTABLECIDAS POR LAS NORMAS VIGENTES.

Claudia Clavijo

Firma

Nombre Supervisor: Claudia Clavijo Arboleda
Cargo: Profesional Especializada
Dependencia: Observatorio Nacional de Salud

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

2-DATOS PARA LIQUIDACIÓN

DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VIGENCIA	VALOR $
a. VIVIENDA (Intere./Correcc.)	Total Año Anterior	
b. PREPAGADA	Total Año Anterior	
c. SEGURO SALUD	Total Año Anterior	
d. DEPENDIENTE	Por Mes Vigente	3000000
e. APORTES (Volunt. Pensi.)	Por Mes Vigente	
f. APORTES (AFC)	Por Mes Vigente	

RTE ICA	
RTE FTE	
RTE IVA	

3-DOCUMENTOS ANEXOS

	SI / NO		
a. Factura (Si aplica)	NO	No.:	Fecha:
b. Certificado de Ingresos (FOR-A09.0000-013)	SÍ	Fecha: 30/12/20	Anexar en la Primera cuenta Original y Después en Digital.

Así mismo, el contratista declara bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al sistema general contienen el pago de seguridad social en salud, pensión y ARL correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago.

FIRMA CONTRATISTA

Fecha Recibido C.Ctas:
No. Radicación (SIIF):
Fecha Radicación (SIIF):

No. Obligación:
Fecha Obligación:

VoBo. Supervisor (devolución ó no expedición de carnet) aplica solo en certificación final

Imprimir tamaño oficio

REG SIMPLIFICADO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 14
			2021 – 01 – 22
		FOR-A09.0000-013	Página 1 de 1

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: Juan Camilo Acosta Gómez *; identificado con la C. C. No.* 71.279.430 *de* Itagüí

Mi vinculación Actual con el ***Instituto Nacional de Salud*** *es mediante:*

Servicios Profesionales ☒ *Servicio de Apoyo* ☐ *con contrato No.*INS.CPS.436–2020*; Funcionario-Planta* ☐

Para el desarrollo del objeto de mi contrato de prestación de servicios, contrataré por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas, para al cumplimiento de las actividades sujetas al mismo: *SI* ☐ *NO* ☒

Información para Depurar la Base de la Retención: Declarante de Renta ☒ *No declarante de Renta* ☐

Si cumple cualquiera de los requisitos que se citan a continuación marque SI, de lo contrario marque NO:

Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o ***$ 49.849.800*** *A 31 de Diciembre de* ***2020.***	*SI* ☒ *NO* ☐
Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o ***$ 160.231.500***	
Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT	
El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT	

De las siguientes deducciones, escoger únicamente una para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

1*. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda*
1.1 Adjunta Certificación *SI* ☐ *NO* ☒

2. *Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.*
2.1 Adjunta Certificación *SI* ☐ *NO* ☒

3*. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T.*
Adjunta Certificación *SI* ☒ *NO* ☐

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☒

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona Natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

4. *Derecho a deducción mensual por las sumas depositadas en las cuentas denominadas AFC-Ahorro para el Fomento a la Construcción. Artículo 126-1 E.T.* ☐

5*. Derecho a deducción mensual por los Aportes a los fondos de Pensiones Voluntarias. Artículo 126-1 E.T.* ☐

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	*No. De Identificación*	*Nombres y Apellidos*	*Edad*	*Parentesco*
RC	1016917584	Julieta Acosta Alvarado	2	Hija
RC	1021319217	Arturo Acosta Alvarado	6 meses	Hijo

Total Gastos por Deducir $ 3.000.000

La anterior se firma el 6 *del mes de* agosto *del año* 2021.

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Nota 1: *El INS no se hace responsable de definirle a sus servidores públicos la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada servidor conoce.*

Nota 2*: Los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2, y 3 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo, sólo debe seleccionar una deducción de las anteriores.*

Nota 3: Imprimir en tamaño Oficio y diligenciar a mano

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016917584

Indicativo Serial 59770309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: ACOSTA * * * * * * * * * * * * * * *

Segundo Apellido: ALVARADO * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): JULIETA *

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 8 Mes A G O Día 2 3

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *

Número certificado de nacido vivo: 14972885-9 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ALVARADO BUSTOS BIBIANA MARCELA *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 52927055 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 71279430 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 71279430 * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de Identificación (Clase y número): *

Firma: * * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de Identificación (Clase y número): *

Firma: * * * * * * * * * *

Fecha de Inscripción: Año 2 0 1 8 Mes A G O Día 2 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 828;24/08/2018

THOMAS GREG & SONS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Esta hoja tiene un código QR, el cual, debe ser verificado por los usuarios y destinatarios a fin de que comprueben su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

notaría 41

NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-69 Bogotá D.C. Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Sello: NOTARÍA ... MARÍA ASTRID VILLAMIL QUINTERO ... SECRETARIA para auto DECRETO

Nº 25343

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1021319217

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55726184

55726184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 6 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 7 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA	ALVARADO

Nombre(s)
ARTURO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	162906964

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ALVARADO BUSTOS BIBIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52927055	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 71279430	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 71279430	71279430

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ENE Día 26	CARMEN LUCIA GERENA VANEGAS (E) Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Carmen Lucia Gerena Vanegas
Notaria (E)
NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **Juan Camilo Acosta Gomez**, identificada con **CC** número **71279430**, aportó por el empleado **JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ**, identificado(a) con **CC** número **71279430** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **52511711** para el periodo de salud **2021-07** y pensiones **2021-07** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942	59	0															0		30	$4.370.908	0,00600			$26.300	$0	$0	Julio - 2021	52511711	06/08/2021	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$4.370.908	0,12500			$546.400	$0	$0	Julio - 2021	52511711	06/08/2021	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0															0		30	$4.370.908	0,16000			$699.400	$21.900	$21.900	Julio - 2021	52511711	06/08/2021	N
Riesgos Laborales	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$4.370.908	0,02436	3		$106.500	$0	$0	Julio - 2021	52511711	06/08/2021	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Agosto de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	71279430-	Juan Camilo Acosta Gomez	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	7	2021	5251171

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ✓	PEQUEÑO	14-23	83
	PRIVADA	GRANDE		
	MIXTA	INDEPENDIENTE ✓		

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Cra 5 # 6b - 50	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	2330373		jclis@hotmail.com	7490	4.370.908	1	2021/08/06	1086688992

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	546.400	0		0		0	546.400	0	0	0	546.400	0		0	0	546.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	699.400	0	0	43.800	0	0	0	743.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	26.300	0	0	26.300	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	106.500		0	0	106.500

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	106.500		0	1.065	106.500

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	743.200	743.200
SALUD	546.400	546.400
RIESGOS LABORALES	106.500	106.500
CCF	26.300	26.300
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.422.400	1.422.400

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																		VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	71279430	ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO	EPS008	230301	CCF24																			4.370.908	4.370.908	4.370.908	4.370.908	0			699.400	43.800	0	546.400	0

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