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-OCTUBRE-2021	**HASTA:**	31-OCTUBRE-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 octubre 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:

- Planteamiento de preguntas para la moderación del conversatorio conflicto armado y COVID-19 en Colombia, Charlas Científicas del INS.
- Realización de plantilla power point para la elaboración de la presentación de los resultados del Informe 13 del ONS en la convención científica

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

Avances:

- Revisión y edición de los capítulos del Informe 13:
  - 3.5 y 8.3.5. Estudio comunidad Trans (capítulo y metodología)
  - 2.3. ECNT y pandemia
  - 8.2.3 Metodología ECNT y pandemia
  - 3.1. Salud mental
  - 3.3. y 8.3. Chocó y salud mental (capítulo y metodología)
  - 2.4. y 8.2.4 Metodología. COVID-19 y ambiente (capítulo y metodología)
  - 8.5. Metodología ACE
  - 3.4. y 8.3.4 VBG mujeres indígenas (capítulo y metodología)
  - 8.2. Metodología IAC vs DSE
  - 8.4.3 Metodología DxLaboratorio
  - Resumen de los capítulos 1 y 2

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

Avances:

- Avance en la investigación y redacción del análisis del ofidismo sobre una visión de la apropiación social de la ciencia.
  Entrega final de la sección: Public social appropriation of science strategies on snakebites prevention in prioritized territories

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. El último será entregado en el mes de noviembre.

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:
Se realizó una reunión de seguimiento del avance de la elaboración del informe 13

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 fueron requeridas

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

Avances:
- Elaboración del Informe del tercer trimestre de la estrategia de comunicaciones del ONS.
- Se realizó la impresión y la actualización del mural/mapa en el INS sobre la incidencia del COVID-19 en Colombia y en el mundo.



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 octubre 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 octubre de 2021.	Cronograma Jacosta oct2021.xls	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.	- Planteamiento de preguntas para la moderación del conversatorio conflicto armado y COVID-19 en Colombia, Charlas Científicas del INS. - Realización de plantilla power point para la elaboración de la presentación de los resultados del Informe 13 del ONS en la convención científica	Preguntas conflicto armado y COVID19 Plantilla Informe 13	Recibí de los productos a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS	- Revisión y edición de los capítulos del Informe 13: 3.5 y 8.3.5. Estudio comunidad Trans (capítulo y metodología) 2.3. ECNT y pandemia 8.2.3 Metodología ECNT y pandemia	3.5. Estudio de caso TransJacosta 8.3.5. Metodología-Estudio de caso TransJacosta 8.2.3. Metodología correlación ECNT e IS Jacosta	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre

	3.1. Salud mental 3.3. y 8.3. Chocó y salud mental (capítulo y metodología) 2.4. y 8.2.4 Metodología. COVID-19 y ambiente (capítulo y metodología) 8.5. Metodología ACE 3.4. y 8.3.4 VBG mujeres indígenas (capítulo y metodología) 8.2. Metodología IAC vs DSE 8.4.3 Metodología DxLaboratorio Resumen de los capítulos 1 y 2	2.3. ECNT y pandemia jacosta 3.3. Chocó + Salud mental Jacosta 8.3.3. Métodos Chocó Jacosta 2.4. COVID y ambiente Jacosta 8.2.4. Métodos COVID y ambiente Jacosta 8.5. Métodos ACE 3.4. VBG mujeres indígenas durante la pandemia Jacosta 8.3.4. Metodología VBG mujeres indígenas Jacosta 8.2.1. Metodología IAC vs DSE Jacosta 8.4.3.Metodología DxLaboratorio_Covid19 Jacosta 2. Capítulo índice jacosta 3. Capítulo SM (2)	
4. Generar reportes de resultados de análisis en formato de artículo científico para divulgación.	- Avance en la investigación y redacción del análisis del ofidismo sobre una visión de la apropiación social de la ciencia. - Entrega final de la sección: Public social appropriation of science strategies on snakebites prevention in prioritized territories	chapter 11_part3	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre
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. El último será entregado en el mes de noviembre.	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.	Se realizó una reunión de seguimiento del avance de la elaboración del informe 13	ACTA DE LA REUNIÓN 14 CORREGIDA	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre
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 fueron requeridas	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.	Elaboración del Informe del tercer trimestre de la estrategia de comunicaciones del ONS. Se realizó la impresión y la actualización del mural/mapa en el INS sobre la incidencia del COVID-19 en Colombia y en el mundo.	Informe 3 trimestre 2021	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2021\Supervisión\Juan Acosta\octubre
% DE AVANCE ACUMULADO		**90%**	

(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., 5 de noviembre 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:** 01-dic-20 **FECHA TERMINACION:** 30-nov-21

REGISTRO PRESUPUESTAL: 26521

TIPO DE CONTRATO: PROFESIONAL [X] APOYO [ ]

VALOR A PAGAR: $ 6,200,000 **PAGO NUMERO:** 11 **DE** 12

Planilla de Pago No.: 54417264 **Fecha de Pago:** 03/11/2021

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 EP** 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	4000000
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: 30/12/2020	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	3	Hija
RC	1021319217	Arturo Acosta Alvarado	9 meses	Hijo

Total Gastos por Deducir $ 3.000.000

La anterior se firma el 5 *del mes de* noviembre *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	Segundo Apellido
ACOSTA * * * * * * * * * * * * * * *	ALVARADO * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): JULIETA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 8 Mes A G O Día 2 3	FEMENINO	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 * * * * * * * *	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)	Nacionalidad
CC No. 52927055 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	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)	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 * * * * * * * * * * * * * * * * *	

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 2 0 1 8 Mes A G O Día 2 4	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Alirio Virviescas Calvete

ESPACIO PARA NOTAS

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Edd Alberto Correa Carreño
C.C. 80.073.86

Angela Shirley Mayorga ...
C.C. 52...046

MARÍA ASTRID VILLAMIL QUINTERO
SECRETARIA para auto DECRETO

THOMAS GREG & SONS

NOTARÍA 41 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-89 Bogotá D.C. PBX: 212 5720 Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

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

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	Juan Camilo Acosta Gomez	Cra 5 # 6b - 50	2330373	jclis@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	03/11/2021	54417264	$1.422.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	546.400	0		0		0	0	0	0	546.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	699.400	0	0	21.900	21.900	0	0		743.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	106.500				106.500	0	0	106.500			1.065	106.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.300	0	0	26.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	546.400	546.400
Pensión	1	743.200	743.200
Riesgos Laborales	1	106.500	106.500
CCF	1	26.300	26.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.422.400	1.422.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	71279430	Juan Camilo Acosta Gomez		Cra 5 # 6b - 50	2330373	jclis@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	03/11/2021	54417264	$1.422.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	[illegible]	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	71279430	ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO	59	0			N																								230301	4.370.908	699.400	0	0	21.900	21.900	EPS008	4.370.908	546.400	14-23	4.370.908	3	106.500	CCF24	4.370.908	26.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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