Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE DEL 25 DE AGOSTO AL 7 DE SEPTIEMBRE DE 2022

CONTRATO No. **2598**

REGISTRO BPyP No.: **2022 00415 0009 A1**

FECHA INICIACIÓN **25/08/2022**

FECHA TERMINACIÓN **24/09/2022**

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

CONTRATISTA: **CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ**

INTERVENTOR: **VIRGILIO BELTRAN SAENZ**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE HERRAMIENTA DE CAPTURA DE INFORMACIÓN EN CAMPO QUE PERMITA EL REGISTRO Y GEORREFERENCIACIÓN PARA MAPAS DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS DE VARIABLES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA N° 1.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
			VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**T**	**P**	**N**	**OBSERVACIONES**
1	Apoyo para el cumplimiento al programa de Trabajo dentro del plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi de eliminación por Rhodnius prolixus y de control de otras especies en los municipios priorizados en el departamento de Boyacá	Apoyo para la actualización de información de acciones adelantadas de control integral por parte del equipo técnico del programa de ETV para proyectar en el Plan Anual de Adquisidores para la vigencia 2022.	**X**			
2	Apoyo en la implementación y adaptación de la estrategia de gestión Integrada (EGI) para el control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en los municipios asignados	Se consolida certificaciones de las actividades de control integral de las ETV que permiten priorizar los municipios para elaboración y adaptación de la Estrategia de Gestión Integrada en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá durante el periodo de reporte	**X**			
3	Apoyo actividades propias para la implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) sobre los factores de riesgo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V.) en cada uno de los municipios asignados y según lineamientos del Programa de ETV	Se brinda apoyo continuo para el manejo y control de los factores de riesgos involucrados en la transmisibilidad de las ETV, así como el manejo de tratamientos y sus respectivas solicitudes permitiendo la atención oportuna y eficiente en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá.	**X**			
4	Apoyo en la consolidación de la información y bases de datos establecidas por el programa de ETV acorde a la situación entomológica, epidemiológica e intervenciones adelantadas en el control de las ETV´s y demás actividades realizadas por los funcionarios sistematizando la que se considere necesarios en los formatos y bases de datos establecidos por el Programa de ETV	Se consolido y archivaron los soportes generados de las diferentes actividades de I.E.C. control físico y químico realizadas en cada municipio a riesgo para las ETV's por parte de los técnicos de vectores y organización del archivo de acuerdo a las tablas de Retención Documental establecida por el Sistema Integrado de Gestión y se enviaron los soportes para la entrega de los documentos generados en cada municipio de las actividades.	**X**			
5	Presentar informes mensuales por municipio con los respectivos mapas y soportes correspondientes a cada actividad realizada en los municipios asignados al Interventor y/o Supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá así como a las principales autoridades municipales, de igual forma realizar la Georreferenciación de puntos de interés dentro de los planes regulares y de contingencia del programa de ETV que permitan identificar las zonas y/o sectores intervenidos	Se presenta el informe de avance de las actividades pactadas en el periodo de reporte del 25 DE AGOSTO al 7 DE SEPTIEMBRE DE 2.022 del contrato de prestación de servicios No. 2598 del 25 de Agosto de 2022 Se archivaron soportes de las actividades de inspección y control de patologías de ETV presentes en el departamento de Boyacá, generados por los técnicos asignados a los diferentes municipios a riesgo, en donde se registran la presencia de casos y zonas intervenidas de acuerdo a las actividades desarrolladas dentro del plan de trabajo mensual	**X**			
6	Contar con dispositivo móvil celular con datos que permita el manejo y cargue de información de actividades de ETV	Se cuenta con las herramientas necesarias y adecuadas para el desarrollo y registro de las actividades ejecutadas en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá	**X**			
7	Realizar de manera continua el cargue de información de actividades al aplicativo de ETV para mantener actualizada la información de las acciones adelantadas en los municipios asignados de acuerdo a los lineamientos del programa.	Se realiza esta actividad de manera oportuna apoyando mediante la generación de formularios que se encuentren disponibles en plataformas de tecnología de la información y que permiten su fácil manejo en los dispositivos móviles del personal técnico que hace parte del programa de E TV	**X**			
8	Realizar un uso adecuado y mantenimiento de los elementos, equipos y medios de transporte asignados para la ejecución de actividades de prevención y control de las ETV´s, haciendo devolución en óptimas condiciones de funcionamiento y presentación al personal designado	Se apoya mediante la verificación de maquinaria y equipos disponibles que se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento y calibración que permitan la ejecución de actividades a desarrollar durante la presente vigencia	**X**			

9	Realizar adecuada y oportunamente la disposición final post consumo de los empaques y residuos de insumos utilizados en las actividades de control vectorial según lineamientos del programa ETV y normatividad vigente	Se apoya mediante el correcto almacenamiento de empaques post consumos de los insumos químicos y biológicos empleados en los diferentes municipios a riesgo del departamento de Boyacá para hacer el inventario, separación y pesaje de los empaques y poder hacer la respectiva gestión con la entidad CAMPOLIMPIO que es la encargada de hacer la disposición final adecuada de acuerdo a los establecido por los requerimientos y lineamientos de ley	**X**			
10	Adjuntar los soportes generados de las actividades de cada municipio asignado al archivo de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión y tablas de retención documental oportunamente en las respectivas carpetas de series y subseries del programa de ETV de la Dirección Técnica de promoción y prevención en salud	Se archivaron y consolidaron los soportes de actividades generados en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá, de acuerdo a lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión y tablas de retención documental	**X**			
11	Apoyar la atención oportuna de posibles contingencias relacionadas con la presentación de brotes relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores o situaciones de interés de salud publica	Como grupo de apoyo se cuenta con la disponibilidad para atender oportuna y eficientemente los eventos de interés en salud pública que se presente en los periodos de reporte mensuales reportados en los municipios del departamento de Boyacá.	**X**			
12	Apoyo para la actualización periódica de inventarios de los insumos químicos para su respectiva rotación, distribución y control del almacenamiento en la bodega del programa de ETV.	Se lleva registro de maquinaria e insumos entregados necesarios para la realización de actividades de control en los municipios que por su comportamiento epidemiológico lo requieren	**X**			
13	Realizar de manera periódica revisión y ajuste de formularios implementados en el aplicativo del programa, así como mantener actualizados los datos de registros adelantados en campo por el personal de ETV	Se mantiene actualizada de manera permanentemente la información de actividades desarrolladas en los municipios a riesgos del departamento de IEC, control, seguimientos de casos, entrega y monitoreo de toldillos, levantamientos entomológicos y demás actividades de importancia para reducir la transmisibilidad de las ETV en el departamento.	**X**			
14	Consolidación de la información y bases de datos establecidas por el programa de ETV acorde a la situación entomológica, epidemiológica e intervenciones adelantadas en el control de las ETV´s y demás actividades realizadas por los funcionarios sistematizando la que se considere necesarios en los formatos y bases de datos establecidos por el Programa de ETV	Consolidación de información de viviendas intervenidas como estrategia de control frente a la presencia del vector transmisor de la enfermedad de chagas en los municipios priorizados del departamento de Boyacá dentro del plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi de eliminación por Rhodnius prolixus en los municipios priorizados del departamento de Boyacá	**X**			
15	Actualización, edición y análisis de plataforma web para el registro, consolidación y tabulación de información de actividades desarrolladas en los municipios en riesgo en tiempo real en campo; procesando variables epidemiológicas y entomológicas dentro de las bases de datos del programa de ETV	Se realizan pruebas piloto de la herramienta de recolección de información epidemiológica y entomológica para la toma de decisiones que permita de manera técnica, oportuna y eficiente el control de las patologías tropicales presentes en el departamento de Boyacá	**X**			
16	Realizar seguimiento de la instalación y/o reubicación de puestos de recolección de triatominos comunitarios que permitan identificar áreas de mayor interés epidemiológico, así como la presencia de especies de triatominos transmisores de la enfermedad chagas	Consolidación y actualización de bases de datos de puestos de recolección de triatominos comunitarios PRTC instalados en los municipios a riesgos para la enfermedad de chagas y munición priorizados dentro del plan de certificación de interrupción de T. Cruzi	**X**			
17	Realizar de manera oportuna y periódica la recepción de especies sospechosas de la enfermedad de chagas al laboratorio departamental de salud pública para su respectivo análisis e identificación taxonómico y parasitológica y hacer de manera oportuna la retroalimentación de resultados a la ESE de cada municipio para tomar acciones de control integral y selectivo frente a la enfermedad de chagas	Se mantiene actualizada la información y retroalimentación de bases de datos y resultados de análisis parasitológicos de muestras enviadas de los municipios al LDPS para identificación taxonómica y parasitológica con la finalidad de tomar medidas que permitan reducir las afectaciones en salud y realizar de manera oportuna acciones de control integral frente a vectores transmisores de enfermedades de interés en salud publica	**X**			

Firma: _____
Nombre: **VIRGILIO BELTRAN SAENZ**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ**
CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.
P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.
N: No cumplió las actividades pactadas.

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: DEL 08 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2022

CONTRATO No. 2598

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 25-98-2022

REGISTRO BPyP No.: 2022 00415 0009 A1

FECHA INICIACIÓN:25/08/2022

FECHA TERMINACIÓN: 29/12/2022

CONTRATISTA: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ

INTERVENTOR: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE HERRAMIENTA DE CAPTURA DE INFORMACIÓN EN CAMPO QUE PERMITA EL REGISTRO Y GEORREFERENCIACIÓN PARA MAPAS DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS DE VARIABLES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA N° 1.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyo para el cumplimiento al programa de Trabajo dentro del plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi de eliminación por Rhodnius prolixus y de control de otras especies en los municipios priorizados en el departamento de Boyacá	Apoyo para la actualización de información de acciones adelantadas de control integral por parte del equipo técnico del programa de ETV para proyectar en el Plan Anual de Adquisidores para la vigencia 2022. Consolidación de mapas de los PRTC instalados en el departamento de Boyacá Consolidación de viviendas intervenidas para el control de la enfermedad de chagas como municipio priorizado dentro del proceso de certificación internación de interrupción de T. Cruzi	**X**			
2	Apoyo en la implementación y adaptación de la estrategia de gestión Integrada (EGI) para el control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en los municipios asignados	Se consolida certificaciones de las actividades de control integral de las ETV que permiten priorizar los municipios para elaboración y adaptación de la Estrategia de Gestión Integrada en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá durante el periodo de reporte	**X**			
3	Apoyo actividades propias para la implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) sobre los factores de riesgo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V.) en cada uno de los municipios asignados y según lineamientos del Programa de ETV	Se brinda apoyo continuo para el manejo y control de los factores de riesgos involucrados en la transmisibilidad de las ETV, así como el manejo de tratamientos y sus respectivas solicitudes permitiendo la atención oportuna y eficiente en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá. Apoyo y asistencia técnica frente a problemática presentada por molestia sanitaria en el municipio de Tuta Apoyo y capacitación sobre el manejo de herramientas para consolidación de información en	**X**			

		campo al grupo de laboratorio departamental en salud publica y entomólogos a nivel nacional como estrategia de recolección de datos en campo como herramienta de apoyo en la vigilancia entomológica.				
4	Apoyo en la consolidación de la información y bases de datos establecidas por el programa de ETV acorde a la situación entomológica, epidemiológica e intervenciones adelantadas en el control de las ETV´s y demás actividades realizadas por los funcionarios sistematizando la que se considere necesarios en los formatos y bases de datos establecidos por el Programa de ETV	Se consolido y archivaron los soportes generados de las diferentes actividades de I.E.C. control físico y químico realizadas en cada municipio a riesgo para las ETV's por parte de los técnicos de vectores y organización del archivo de acuerdo a las tablas de Retención Documental establecida por el Sistema Integrado de Gestión y se enviaron los soportes para la entrega de los documentos generados en cada municipio de las actividades. Apoyo en la elaboración de herramienta para consolidar y actualización de datos de los municipios a riesgo para proyectar actividades y planes de trabajo en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá.	**X**			
5	Presentar informes mensuales por municipio con los respectivos mapas y soportes correspondientes a cada actividad realizada en los municipios asignados al Interventor y/o Supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá así como a las principales autoridades municipales, de igual forma realizar la Georreferenciación de puntos de interés dentro de los planes regulares y de contingencia del programa de ETV que permitan identificar las zonas y/o sectores intervenidos	Se presenta el informe de avance de las actividades pactadas en el periodo de reporte del 8 al 24 DE SEPTIEMBRE DE 2.022 del contrato de prestación de servicios No. 2598 del 25 de Agosto de 2022 Se archivaron soportes de las actividades de inspección y control de patologías de ETV presentes en el departamento de Boyacá, generados por los técnicos asignados a los diferentes municipios a riesgo, en donde se registran la presencia de casos y zonas intervenidas de acuerdo a las actividades desarrolladas dentro del plan de trabajo mensual	**X**			
6	Contar con dispositivo móvil celular con datos que permita el manejo y cargue de información de actividades de ETV	Se cuenta con las herramientas necesarias y adecuadas para el desarrollo y registro de las actividades ejecutadas en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá	**X**			
7	Realizar de manera continua el cargue de información de actividades al aplicativo de ETV para mantener actualizada la información de las acciones adelantadas en los municipios asignados de acuerdo a los lineamientos del programa.	Se realiza esta actividad de manera oportuna apoyando mediante la generación de formularios que se encuentren disponibles en plataformas de tecnología de la información y que permiten su fácil manejo en los dispositivos móviles del personal técnico que hace parte del programa de E TV	**X**			
8	Realizar un uso adecuado y mantenimiento de los elementos, equipos y medios de transporte asignados para la ejecución de actividades de prevención y control de las ETV´s, haciendo devolución en óptimas condiciones de funcionamiento y presentación al personal designado	Se apoya mediante la verificación de maquinaria y equipos disponibles que se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento y calibración que permitan la ejecución de actividades a desarrollar durante la presente vigencia	**X**			

9	Realizar adecuada y oportunamente la disposición final post consumo de los empaques y residuos de insumos utilizados en las actividades de control vectorial según lineamientos del programa ETV y normatividad vigente	Se apoya mediante el correcto almacenamiento de empaques post consumos de los insumos químicos y biológicos empleados en los diferentes municipios a riesgo del departamento de Boyacá para hacer el inventario, separación y pesaje de los empaques y poder hacer la respectiva gestión con la entidad CAMPOLIMPIO que es la encargada de hacer la disposición final adecuada de acuerdo a los establecido por los requerimientos y lineamientos de ley	**X**			
10	Adjuntar los soportes generados de las actividades de cada municipio asignado al archivo de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión y tablas de retención documental oportunamente en las respectivas carpetas de series y subseries del programa de ETV de la Dirección Técnica de promoción y prevención en salud	Se archivaron y consolidaron los soportes de actividades generados en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá, de acuerdo a lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión y tablas de retención documental	**X**			
11	Apoyar la atención oportuna de posibles contingencias relacionadas con la presentación de brotes relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores o situaciones de interés de salud publica	Como grupo de apoyo se cuenta con la disponibilidad para atender oportuna y eficientemente los eventos de interés en salud pública que se presente en los periodos de reporte mensuales reportados en los municipios del departamento de Boyacá.	**X**			
12	Apoyo para la actualización periódica de inventarios de los insumos químicos para su respectiva rotación, distribución y control del almacenamiento en la bodega del programa de ETV.	Se lleva registro de maquinaria e insumos entregados necesarios para la realización de actividades de control en los municipios que por su comportamiento epidemiológico lo requieren	**X**			
13	Realizar de manera periódica revisión y ajuste de formularios implementados en el aplicativo del programa, así como mantener actualizados los datos de registros adelantados en campo por el personal de ETV	Se realizan pruebas de la herramienta de recolección de información epidemiológica y entomológica para la toma de decisiones que permita de manera técnica, oportuna y eficiente el control de las patologías tropicales presentes en el departamento de Boyacá. Se mantiene actualizada de manera permanentemente la información de actividades desarrolladas en los municipios a riesgos del departamento de IEC, control, seguimientos de casos, entrega y monitoreo de toldillos, levantamientos entomológicos y demás actividades de importancia para reducir la transmisibilidad de las ETV en el departamento.	**X**			
14	Consolidación de la información y bases de datos establecidas por el programa de ETV acorde a la situación entomológica, epidemiológica e intervenciones adelantadas en el control de las ETV´s y demás actividades realizadas por los funcionarios sistematizando la que se considere necesarios en los formatos y bases de datos establecidos por el Programa de	Consolidación de información de viviendas intervenidas como estrategia de control frente a la presencia del vector transmisor de la enfermedad de chagas en los municipios priorizados del departamento de Boyacá dentro del plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi de eliminación por Rhodnius prolixus en los municipios	**X**			

	ETV	priorizados del departamento de Boyacá				
15	Actualización, edición y análisis de plataforma web para el registro, consolidación y tabulación de información de actividades desarrolladas en los municipios en riesgo en tiempo real en campo; procesando variables epidemiológicas y entomológicas dentro de las bases de datos del programa de ETV	Se realizan pruebas piloto de la herramienta de recolección de información epidemiológica y entomológica para la toma de decisiones que permita de manera técnica, oportuna y eficiente el control de las patologías tropicales presentes en el departamento de Boyacá	**X**			
16	Realizar seguimiento de la instalación y/o reubicación de puestos de recolección de triatominos comunitarios que permitan identificar áreas de mayor interés epidemiológico, así como la presencia de especies de triatominos transmisores de la enfermedad chagas	Consolidación y actualización de bases de datos de puestos de recolección de triatominos comunitarios PRTC instalados en los municipios a riesgos para la enfermedad de chagas y munición priorizados dentro del plan de certificación de interrupción de T. Cruzi	**X**			
17	Realizar de manera oportuna y periódica la recepción de especies sospechosas de la enfermedad de chagas al laboratorio departamental de salud pública para su respectivo análisis e identificación taxonómico y parasitológica y hacer de manera oportuna la retroalimentación de resultados a la ESE de cada municipio para tomar acciones de control integral y selectivo frente a la enfermedad de chagas	Se mantiene actualizada la información y retroalimentación de bases de datos y resultados de análisis parasitológicos de muestras enviadas de los municipios al LDPS para identificación taxonómica y parasitológica con la finalidad de tomar medidas que permitan reducir las afectaciones en salud y realizar de manera oportuna acciones de control integral frente a vectores transmisores de enfermedades de interés en salud publica	**X**			

Firma:_____

Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:_____

Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2022-012631-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P: Cumple parcialmente las actividades pactadas. N: No cumplió las actividades pactadas.

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	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	02/09/2022	61355820	$78.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	34.400	0		0		0	0	0	0	34.400	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	44.000	0	0	0	0	0	0		44.000	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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				

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	34.400	34.400
Pensión	1	44.000	44.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	78.400	78.400

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	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	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	
2022-08	2022-08	I	02/09/2022	61355820	$78.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	3	0			N	X																230301	274.944	44.000	0	0	0	0	EPS017	274.944	34.400		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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
61355820	02/09/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	N	27/09/2022	62086103	$1.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	300	0		0		0	12	100	0	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	500	0	0	0	0	12	100	0	600	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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				

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300	400
Pensión	1	500	600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	800	1.000

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	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	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
61355820	02/09/2022	N	27/09/2022	62086103	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08				$1.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	3	0			N	X																230301	277.544	44.500	0	0	0	0	EPS017	277.544	34.700		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00306242

Fecha
27/09/2022

Dirección IP
190.157.66.146

Valor transacción
$1.000,00

Referencia 1
190.157.66.146

Referencia 2
CC

Referencia 3
7180369

Esta transacción estará sujeta a verificación

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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
62086103	27/09/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	N	28/09/2022	62113488	$3.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.700	0		0		0	13	100	0	1.800	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	2.000	0	0	0	0	13	100	0	2.100	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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				

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.700	1.800
Pensión	1	2.000	2.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	3.700	3.900

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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
62086103	27/09/2022	N	28/09/2022	62113488	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08				$3.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	3	0			N	X																230301	290.544	46.500	0	0	0	0	EPS017	290.544	36.400		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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
62113488	28/09/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	N	29/09/2022	62129699	$8.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.600	0		0		0	13	100	0	3.700	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	4.700	0	0	0	0	13	100	0	4.800	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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				

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	3.600	3.700
Pensión	1	4.700	4.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	8.300	8.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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
62113488	28/09/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	N	29/09/2022	62129699	$8.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	3	0			N	X																230301	320.000	51.200	0	0	0	0	EPS017	320.000	40.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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	
2022-09	2022-09	I	15/09/2022	61860107	$391.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.900	0		0		0	0	0	0	171.900	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	220.000	0	0	0	0	0	0		220.000	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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				

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-092022

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	171.900	171.900
Pensión	1	220.000	220.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	391.900	391.900

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	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		CALLE 17A No.14A - 28	6087469482	cafe0916@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	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	
2022-09	2022-09	I	15/09/2022	61860107	$391.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	3	0			N																	230301	1.374.720	220.000	0	0	0	0	EPS017	1.374.720	171.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 29-09-2022

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

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	29/09/2022		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	2598	DE FECHA: 25/08/2022	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE HERRAMIENTA DE CAPTURA DE INFORMACIÓN EN CAMPO QUE PERMITA EL REGISTRO Y GEORREFERENCIACIÓN PARA MAPAS DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS DE VARIABLES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA N° 1.		
CONTRATISTA	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		NIT:7180369-9
			C.C:7180369
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO		C.C:7169525
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 14.320.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 14.320.000,00	
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y CINCO (5)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	CUATRO (4) MESES Y CINCO (5)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	25/08/2022		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2022		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**DEL 25 DE AGOSTO AL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2022**		
RBPP N°	2022 00415 0009 A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:**5740** AÑO: **2022**, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO Interventor / Supervisor y el señor CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° **61355820, 62086103, 62113488, 62129699, 61860107** del mes (es) **AGOSTO, SEPTIEMBRE** de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$0,00
Sumatoria Amortizaciones	$0,00
Saldo por Amortizar	$0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 14.320.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.436.800,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 10.883.200,00
Sumas iguales	$ 14.320.000,00	$ 14.320.000,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 390 852 648	BANCO: Banco de Occidente	AHORROS:X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: Los números de planillas son por reajustes en el valor del IBC de la planilla del mes de agosto según solicitud

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2022-012632-SALDPP

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: _____ Fecha 29-09-2022

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor