GoodPDF

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-540-2022	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ	
OBJETO DEL CONTRATO	Realizar la ejecución, asistencia y seguimiento a las actividades de apropiación social del conocimiento en el proceso de generación y divulgación de los productos generados por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud.			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	23/12/2022	**HASTA:**	30/08/2023

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligaciones Específicas:

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

Avances:
- Realización del plan de trabajo y elementos conceptuales.
- Consolidación del cronograma de actividades al mes del 23 de diciembre de 2022 a 31 agosto 2023.

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

Avances:
- Se complementó el informe del cuarto trimestre 2022 – Apropiación Social del Conocimiento

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

Avances:
- Está previsto que esta actividad inicie en el mes de enero de 2023

4. **Revisión editorial de los productos de divulgación del ONS.**

Avances:
- Se realizó la edición del policy brief: Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna: Resolver las desigualdades en la atención materna

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

Avances:
- Está previsto que esta actividad inicie en el mes de febrero de 2023.

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:
- Durante el periodo de tiempo no se participó en ninguna reunión.

GoodPDF

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

Avances:

- Durante el periodo no fueron asignadas actividades adicionales.

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"



JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
Contratista

GoodPDF

(1) Contrato No.	INS-CPS-540-2022		
(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:	Realizar la ejecución, asistencia y seguimiento a las actividades de apropiación social del conocimiento en el proceso de generación y divulgación de los productos generados por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud.		
(7) Fecha de inicio:	23-DICIEMBRE-2022	**(8) Fecha terminación:**	30-AGOS-2023
(9) Período objeto del informe:	23 al 31 de diciembre de 2022		

(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.	- Realización del plan de trabajo y elementos conceptuales. - Consolidación del cronograma de actividades al mes del 23 de diciembre de 2022 a 31 agosto 2023.	Cronograma Jacosta dic 2022-2023.xls	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta1
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.	Se complementó el informe del cuarto trimestre 2022 – Apropiación Social del Conocimiento	Informe 4 trimestre 2022	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta1
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS	- Está previsto que esta actividad inicie en el mes de enero de 2023	N/A	N/A
4. Revisión editorial de los productos de divulgación del ONS.	- Se realizó la edición del policy brief: Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna: Resolver las desigualdades en la atención materna	- Resumen de política mortalidad materna_ draft_23dic	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS:\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta1
5. Disponer los resultados de los análisis de información en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información	- Está previsto que esta actividad inicie en el mes de febrero de 2023	N/A	N/A

GoodPDF

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.	Durante el periodo de tiempo no se participó en ninguna reunión.	N/A	N/A
8. Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades adicionales.	N/A	N/A

% DE AVANCE ACUMULADO	**2%**

(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
Supervisor

(14) Bogotá, D. C., 11 de enero de 2023

GoodPDF

Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 07
		FOR-A09.2026-002	2022-09-30

CERTIFICACION: PARCIAL [■] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	71279430	**CONTRATISTA:**	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ				
CONTRATO No.:	INS-CPS-540-2022	**FECHA INICIO:**	23/12/2022	**FECHA TERMINACION:**	30/08/2023		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	214422	VALOR HONORARIOS	6,448,000.00	**PAGO NUMERO:**	1	**DE**	9

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO DE CONTRATO:	DECLARANTE RENTA	PENSIONANDO	ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS
PROFESIONAL	SI	NO	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	1,719,466.67	SI	8	6,448,000.00
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO :				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO :	1,719,466.67			

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA : ANTICIPADA

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

Planilla de Pago No.: 64260011 **Fecha Pago:** 22/12/2022

Total (IBC):	1,000,000.00		
PENSION 16% (valor aporte):	160,000	**NOMBRE PENSION :**	PORVENIR
SALUD 12,5%(valor aporte):	125,000	**NOMBRE SALUD:**	COMPENSAR E.P.S.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	24,400	**NOMBRE ARL:**	POSITIVA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	309,400		

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

DERECHOS DE DEDUCCIÓN:	VALOR	MESES	VALOR A DEDUCIR
a. % VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	12	-
b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	12	-
c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	5	-
d. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado	SI		171,946.67
e. APORTES: (Volunt. Pensi.) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado		-	-
f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado			
g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:		**VALOR**	**171,946.67**

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RTE ICA	1,434,466.67	0.766%	11,000.00
RTEFUENTE	$ 928,590.00	24.43	-

TOTAL IMPUESTOS $:	11,000.00
TOTAL A PAGAR $:	1,708,466.67
UVT ACTUAL	38,004.00

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Firma

Nombre Supervisor: CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA
Cargo: Profesional especializada
Dependencia: OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ **Obligación No:** _____

Fecha radicado No: _____ **Fecha Radicación (SIIF):** _____

NO RESPONSABLE DE IVA

GoodPDF

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-540-2022***

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 ***$ 50.831.000*** *A 31 de diciembre de* ***2021.***	*SI* ■ *NO* ☐
Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o ***$ 163.386.000***	
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 conceptos 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. *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.* *SI* ☐ *NO* ■

4*. Derecho a deducción mensual por los Aportes a los fondos de Pensiones Voluntarias. Artículo 126-1 E.T* *SI* ☐ *NO* ■

5. *Derecho a deducción mensual por Aportes Voluntarios a fondo de Pensiones obligatorias. (Art. 55 E.T)* *SI* ☐ *NO* ■

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

6.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ■

6.2. 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. ☐

6.3. 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. ☐

6.4. 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. ☐

6.5. 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. ☐

.

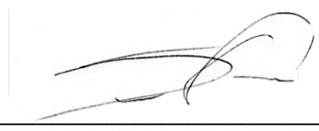
Relación de Dependientes

Tipo Doc.	*No. De Identificación*	*Nombres y Apellidos*	*Edad*	*Parentesco*
RC	*1016917584*	*Julieta Acosta Alvarado*	*4*	*Hijo*
RC	*1021319217*	*Arturo Acosta Alvarado*	*1,11*	*Hija*

Total, Gastos por Deducir: $4.500.000

GoodPDF

La anterior se firma el 11 del mes de enero del año **2023**.



SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Nota 1: *El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural 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 contratista conoce.*

Nota 2*: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 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.*

GoodPDF

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 2018 Mes AGO Día 23	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 2018 Mes AGO Día 24	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

NOTARÍA 41 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

- 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

THOMAS GREG & SONS

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	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X		☐	☐	☐	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

GoodPDF

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

GoodPDF

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ	Av Cll 53 N. 37A - 66 Apto 101	3163026013	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	
2022-12	2022-12	I	22/12/2022	64260011	$946.100	

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	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.000	0	0	18.000	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	1	18.000	18.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	946.100	946.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

GoodPDF

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ	Av Cll 53 N. 37A - 66 Apto 101	3163026013	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	
2022-12	2022-12	I	22/12/2022	64260011	$946.100	

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	71279430	ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO	59	0			N																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	3	73.100	CCF24	3.000.000	18.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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