

 Instituto Nacional de Salud	PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión 03
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	Página 1 de 2

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:	1/06/2023	HASTA: 30/06/2023
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE			
Obligaciones Específicas:			
1. Elaborar y actualizar un cronograma de actividades, plan de trabajo y elementos conceptuales para la ejecución contractual.			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - El plan de trabajo y elementos conceptuales fueron entregados en diciembre 2022. - Se realizó la consolidación del cronograma de actividades de junio 2023. 			
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - Se consolidó el informe de la estrategia de comunicaciones del segundo trimestre de 2023. 			
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - Se terminó y entregó para revisión la síntesis de los principales resultados de los informes 12, 13 y 14 del ONS sobre la pandemia por el COVID-19. 			
4. Revisión editorial de los productos de divulgación del ONS.			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - Se revisó, editó y ajustó una nueva versión de ficha técnica del evento de 10 años del ONS. 			
5. Disponer los resultados de los análisis de información en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información.			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - Este formato está compuesto por dos elementos: un guion museográfico que se convertirá en una exposición sobre los determinantes sociales, la muerte por desnutrición en menores de 5 años y el impacto ambiental en La Guajira y en una crónica sobre los talleres de apropiación social (Foto Voz) realizados con las comunidades. Su entrega en una versión avanzada está prevista para el mes de julio 2023. 			
6. Proveer respuestas a solicitudes y PQR externas de información de los temas de su competencia			
Avances: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - Se participó en las reuniones convocadas por la Dirección General para revisar, analizar y proponer nuevas opciones que configuren el evento de conmemoración de los 10 años del ONS. 			

 Instituto Nacional de Salud	PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión 03
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	Página 2 de 2

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

- No fueron asignadas actividades adicionales en el marco del objeto ni de las obligaciones contractuales.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
			2019-03-29
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 3

(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:	1 al 30 de junio de 2023		

(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.	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó la consolidación del cronograma de actividades al mes de junio de 2023. - El plan de trabajo y elementos conceptuales fue entregado en diciembre 2022. 	Cronograma Jacosta junio 2022-2023.xls	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta7
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.	Se consolidó el informe de la estrategia de comunicaciones del segundo trimestre de 2023.	Informe 2 trimestre 2023	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta7
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS	- Se terminó y entregó para revisión la síntesis de los principales resultados de los informes 12, 13 y 14 del ONS sobre la pandemia por el COVID-19.	Síntesis COVID19 ONS	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta7
4. Revisión editorial de los productos de divulgación del ONS.	- Se revisó, editó y ajustó una nueva versión de ficha técnica del evento de 10 años del ONS.	Ficha técnica evento 10 años ONS	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta7
5. Disponer los resultados de los	Este formato está compuesto	N/A	N/A

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
			2019-03-29
		FOR-A02.0000-037	Página 2 de 3

análisis de información en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información	por dos elementos: un guion museográfico que se convertirá en una exposición sobre los determinantes sociales, la muerte por desnutrición en menores de 5 años y el impacto ambiental en La Guajira y en una crónica sobre los talleres de apropiación social (Foto Voz) realizados con las comunidades. Su entrega en una versión avanzada está prevista para el mes de julio 2023.		
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 participó en las reuniones convocadas por la Dirección General para revisar, analizar y proponer nuevas opciones que configuren el evento de conmemoración de los 10 años del ONS.	Ver soportes de la obligación 5 de este informe.	Recibí el producto a satisfacción. Ubicación: C:\ONS\Documentos\2023\Supervisión_Juan_Camilo\cuenta7
8. Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.	No fueron asignadas actividades adicionales en el marco del objeto ni de las obligaciones contractuales.	N/A	N/A
% DE AVANCE ACUMULADO		60%	

(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 con el 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**

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 02
				2019-03-29
			FOR-A02.0000-037	Página 3 de 3

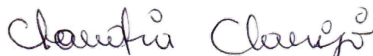
la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.

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., 10 de julio de 2023

 <div>Instituto Nacional de Salud</div>	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS				Versión: 09					
		FOR-A09-2026-002				2023-04-21					
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:		5923		VALOR HONORARIOS		6,448,000		PAGO NUMERO:		7 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					
INGRESOS HONORARIOS :		6,448,000		POR DIAS		CANTIDAD DIAS		HONORARIOS			
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:		-		NO				6,448,000			
TOTAL INGRESOS		6,448,000									
BASE IMPUESTO:											
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.: 69020093 Fecha Pago: 04/07/2023											
Total (IBC):		2,579,200									
PENSION 16% (valor aporte):		412,700		NOMBRE PENSION :		PORVENIR					
SALUD 12,5%(valor aporte):		322,400		NOMBRE SALUD:		COMPENSAR E.P.S.					
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):		62,900		NOMBRE ARL:		POSITIVA					
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:		798,000									
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				644,800					
e. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias 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. Pens.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado						-					
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:		VALOR		644,800.00							
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				Firma							
Nombre Supervisor: CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA				Nombre Supervisor:							
Cargo: Profesional especializada				Cargo:							
Dependencia: OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD				Dependencia:							
6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION											
Radicado No:				Obligación No:							
Fecha radicado No:				Fecha Radicación (SIIF):							

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: Juan Camilo Acosta Gómez; identificado con la C. C. No.71279430 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 **SÍ**, de lo contrario marque **NO**:

Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 53.206.000 A 31 de diciembre de 2022. Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 171.018.000 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	SÍ ☒ NO ☐
---	--

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 Artículo 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	Hija
RC	1021319217	Arturo Acosta Alvarado	2	Hijo

Total, Gastos por Deducir: \$5.000.000

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 17 2023-01-27
		FOR-A09.0000-013	Página 2 de 2

La anterior se firma el 10 del mes de julio 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.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1016917584

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59770309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 41 BOGOTÁ 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 o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ 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

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 828;24708/2018

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Angela Sirley
Mayor Concejal
CC 52812046

Edo Alberto
Correa Carroño
CC 80673864

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Nombre y firma

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

THOMAS GREG & SONS

Nº 25343

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

notaria
41
NOTARIA 41 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. PBX: 292-5720 Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1021319217
-------------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55726184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	6	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 7 BOGOTÁ DC * * * * *									

Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
ACOSTA * * * * *					ALVARADO * * * * *									
Nombre(s)														
ARTURO * * * * *														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	2	1	Mes	E	N	E	Día	1	9	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *														

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

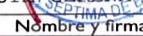
Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
ALVARADO BUSTOS BIBIANA MARCELA * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52927055 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

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 2 0 2 1 Mes E N E Día 2 6	CARMEN LUCIA GERENA VANEGAS (E) 

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-06	2023-06	I	04/07/2023	69020093	\$1.009.200

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	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	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	512.000	0	0	0	0	0	0		512.000	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	78.000				78.000	0	0	78.000			780	78.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	19.200	0

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	400.000	400.000
Pensión	1	512.000	512.000
Riesgos Laborales	1	78.000	78.000
CCF	1	19.200	19.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.009.200	1.009.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-06	2023-06	I	04/07/2023	69020093	\$1.009.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	3	78.000	CCF24	3.200.000	19.200	0	0	0	0	0

PAGADA