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	1014225211	JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ	carrera 43a # 22a - 06	3202945346	camilorojas20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	04/01/2024	73754085	$428.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	1014225211	JUAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ		carrera 43a # 22a - 06	3202945346	camilorojas20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	04/01/2024	73754085	$428.200	

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	1014225211	ROJAS HERNANDEZ JUAN CAMILO	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 1

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-838-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Juan Camilo Rojas Hernández	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para el seguimiento y administración de herramientas de alertas en salud y ambientales a través de visores de eventos y componentes de interés priorizados			
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	**27/12/2023**	**HASTA:**	**31/12/2022**

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

- Desarrollo Cronograma
- Ajuste matriz SATAES 2024

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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	INS-CPS-838-2023		
(2) Nombre del Contratista:	Juan Camilo Rojas Hernández		
(3) Cargo del supervisor:	Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental		
(4) Interventoría si [X] no [ ] Nombre:	Milena Edith Borbón Ramos		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	mborbon@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales para el seguimiento y administración de herramientas de alertas en salud y ambientales a través de visores de eventos y componentes de interés priorizados		
(7) Fecha de inicio:	27/12/2023	**(8) Fecha terminación:**	30/06/2024
(9) Período objeto del informe:	**27/12/2023 a 31/12/2023**		

(10) ANALISIS 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. Documento que evidencie las actividades aprobadas por el Supervisor, en el formato de cronograma establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	**Cronograma de actividades**	**Cronograma de actividades**	Finalizado
2. Propuesta de herramienta para la consolidación de información con la caracterización y vigilancia sindrómica de alojamientos temporales de emergencia - ATE. (Incluyendo la informacion generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoracion ATEs)	**Desarrollo de herramienta que permita la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs**	**Desarrollo de herramienta que permita la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs**	**En ejecución**
3. Informe mensual del sistema de alerta temprana, VIGIFRA y de los eventos de interés en salud pública priorizados.	**Informacion resumen de la gestión desarrollada con la herramienta VIGIFRA**	**Informacion resumen de la gestión desarrollada con la herramienta VIGIFRA**	**En ejecución**
4. Base de datos con generación de coordenadas de casos de eventos de interés en salud pública según entidades territoriales asignadas.	**Coordenadas asignadas**	**Coordenadas asignadas**	**En ejecución**
5. Memorias e informes de la participación en las mesas técnicas de factores de riesgo sectoriales e	**Según solicitud y participación**	**Según solicitud y participación**	**En ejecución**

intersectoriales según delegación del Supervisor.			

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos operacionales	Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Revisión de productos contractuales y avance en su entrega según cronograma de actividades.
2	General	General	Ejecución	Riesgos operacionales	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Revisión de productos contractuales y avance en su entrega según cronograma de actividades.
3	General	General	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Revisión mensual del cumplimiento de las obligaciones contractuales y avances de los productos.
4	General	General	Ejecución	Riesgos Sociales o políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Revisión mensual de la ejecución contractual de acuerdo con lo programado en el cronograma de actividades.

% DE AVANCE ACUMULADO	**5%**

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

1. El/La 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/la 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/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***<u>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.</u>***

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:

Milena E. Borbón R.

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

Milena Edith Borbón Ramos
Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 09/01/2024

DECLARACION JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: _Juan Camilo Rojas Hernandez_____; identificado con la C. C. No.__1014225211_____ de __Bogota_____

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

Servicios Profesionales [x] *Servicio de Apoyo* [ ] *con contrato No._* INS-CPS-838-2023_

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* [x]

Información para Depurar la Base de la Retención: Declarante de Renta [X] *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 ***$ 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*	*SI* [x] *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* [x]

2. *Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.*
2.1 Adjunta Certificación *SI* [ ] *NO* [x]

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* [x]

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

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

6*. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T.*
Adjunta Certificación *SI* [ ] *NO* [x]

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*

Total, Gastos por Deducir $_____0_____

La anterior se firma el ___9_____del mes de _septiembre_____ del año ____2024_____.

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.*

Instituto Nacional de Salud	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 [x] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	1014225211	CONTRATISTA:	Juan Camilo Rojas Hernandez		
CONTRATO No.:	INS-CPS-838-2023	FECHA INICIO:	27/12/2023	FECHA TERMINACION:	30/06/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL:	226323	VALOR HONORARIOS	7,317,900	PAGO NUMERO: 1	DE 7

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

		POR DIAS	CANTIDAD DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	975,720	SI	4	7,317,900
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	-			
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	975,720			

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.: 73754085 Fecha Pago: 4/1/2024

Total (IBC):	1,160,000		
PENSION 16% (valor aporte):	24,800	NOMBRE PENSION :	PROTECCION
SALUD 12,5%(valor aporte):	19,400	NOMBRE SALUD:	COMPENSAR E.P.S.
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	3,800	NOMBRE ARL:	POSITIVA
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	48,000		

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.		1	-
b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior.	-	1	-
d. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado	NO		-
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. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN:		VALOR	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RTE ICA	931,520	0.766%	7,135
RTEFUENTE	$ 695,790	16.41	-

TOTAL IMPUESTOS $: 7,135

TOTAL A PAGAR $: 968,585

UVT ACTUAL 42,412.00

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.

Milena E. Borbón R.

Firma

Nombre Supervisor: Milena Edith Borbón Ramos
Cargo: Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental
Dependencia: Subdireción de análisis del riesgo y respuesta inmediata

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ Obligación No: _____

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

NO RESPONSABLE DE IVA