FONPRECON Pensiones y Cesantías	INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS CONTRATISTAS	CODIGO: F01-PRO-GAF-024 VERSION: 7 FECHA DE APROBACIÒN: 21/05/2018

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	OSCAR ALEXANDER HERRERA ISAZA		
TIPO DE IDENTIFICACION	NIT [ ] CC [X]	No. DE IDENTIFICACION:	79.863.238
No. DEL CONTRATO: 14	FECHA INICIO: 15-ene-20	FECHA TERMINACIÓN:	14-sep-20
CARGO DEL SUPERVISOR	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÒN Y SISTEMAS		
INFORME CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL:	26 de enero al 25 de febrero de 2020		

INFORME
(articulo 8. - Decreto 103 de 2015)

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	EJECUTADA SI	EJECUTADA NO	ACTIVIDADES EJECUTADAS
Implementar y atender los asuntos relacionados con la sostenibilidad del Sistema de Gestión de Calidad según norma ISO 9001:2015.	X		Se revisaron las acciones correctivas correspondientes a los riesgos materializados en el 2019 Se tabularon 70 encuestas de satisfaccion realizadas por el personal de atención al usuario
Asistir y participar en las reuniones de Calidad programadas por la Entidad.			No se requiero esta actividad en el mes de febrero de 2020
Participar en la preparación y desarrollo de las actividades de sensibilización, capacitación y divulgación, que se adelanten en desarrollo de la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad.	X		Se proyecto presentación de gestión ambiental para todos los servidores de la Entidad
Presentar al Supervisor un cronograma de trabajo para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad, bajo la norma ISO 9001:2015.	X		Se realizo cronograma de trabajo para el año 2020 como parte del contrato de prestación de servicios N° 14 de 2020
Mantener actualizados los procedimientos y formatos de la Entidad y coordinar todos los cambios a que haya lugar.	X		Se revisaron los siguientes documentos para aprobación: Procedimiento auditorias de control interno versión 8 Procedimiento transmisión de estadisticas de afiliados y pensionados versión 7
Interactuar con los funcionarios responsables de los procesos, quienes a su vez deberán aprobar las propuestas depuradas de textos y formatos que los documenten.	X		Se revisaron los siguientes documentos para aprobación Procedimiento para auditorias internas de calidad versión 5 Procedimiento para toma de acciones correctivas versión 4 Procedimiento para el control de salidas no conformes versión 8 Procedimiento para el control de documentos versión 6 Procedimiento para el control de registros versión 4 Procedimiento para la elaboración y codificación de documentos versión 4
Las demás actividades que FONPRECON le solicite de acuerdo con el objeto del contrato.	X		Se realiza el pesaje de residuos aprovechables y su posterior entrega a recicladores de oficio autorizados por la secretaria distrital de ambiente.

Verificado el cumplimiento de las obligaciones por el supervisor el valor bruto a cancelar por el periodo certificado es: CINCO MILLONES SIETE MIL PESOS MCTE			$ 5.007.000
Indique el valor mensual del contrato: CINCO MILLONES SIETE MIL PESOS MCTE			$ 5.007.000
SALUD: Colsanitas	PENSION: Porvenir	ARL: Positiva	$ 2.002.800
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	N°1004527158	TIPO DE CUENTA Y BANCO	Cuenta de ahorros scotibank Colpatria

DEDUCCIONES DE RENTA O PARA LA LIQUIDACIÓN DE RETENCION EN LA FUENTE

Si presenta credito de vivienda actualmente indique el valor de intereses mensuales pagados en el año inmediatamente anterior					$	
Si presenta medicina prepagada indique el valor pagado mensual en el año inmediatamente anterior					$	
Presenta personas a cargo: hijos menores de edad, o entre 18 y 23 años si estan estudiando, o personas en situacion de discapacidad que dependan economicamente del contratista					SI	NO x
Es mayor a 50 años y no esta obligado a cotizar pensión	SI	NO x	Es pensionado		SI	NO x

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. A los 25 dias del mes de febrero 2020

CONTRATISTA	SUPERVISOR DEL CONTRATO
NOMBRE: OSCAR ALEXANDER HERRERA ISAZA	NOMBRE: ARMANDO RICARDO DELGADO SUAREZ
FIRMA	FIRMA
Con esta firma declaro bajo la gravedad del juramento, que he cumplido con todas las obligaciones contractuales y legales que me corresponden en virtud de lo aquí establecido, incluido el cumplimiento de la cláusula de confidencialidad establecida en el Contrato. Que toda la información aquí detallada es veridica y que he realizado los aportes a Salud, Pensión y ARL (adjunto soporte) .	En mi calidad de Supervisor verifiqué y aprobé todos los soportes que amparan esta solicitud de pago y que el contratista cumplió las obligaciones contractuales y legales que le corresponden.

FONDO DE PREVISION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79863238	OSCAR ALEXANDER HERRERA ISAZA		CRA 112 F 81-55 INT 3 APT 2001	4319587	oscarahi@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	
2020-01	2020-01	I	24/02/2020	40237925	$587.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.400	0		0		0	13	2.400	0	252.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.500	0	0	0	0	13	3.100	0	323.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	13	100	10.600			105	10.600	1

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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.400	252.800
Pensión	1	320.500	323.600
Riesgos Laborales		10.500	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	581.400	587.000

PAGADA
40237925

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	OSCAR ALEXANDER HERRERA ISAZA	**NIT:**	79863238
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2020
Número de Radicación:	40237925	**Total a pagar:**	$587,000
Fecha de vencimiento:	11/02/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	24/02/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA	**Número Autorización:**	568474151
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$10,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$323,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$252,800
						$587,000

PAGADA

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 40237925, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Bogotá, 25 de febrero de 2020

Señores
FONDO DE PREVISION SOCIAL
DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA
Ciudad.

Asunto: Disminución de la base de retención en la fuente.

En mi condición de contratista y de conforme a los Decreto 4713 de 2005, D. 2271 de 2009 ley 1819/16 y demás normas concordantes o complementarias, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios número 14 del 15 de enero de 2020 les informo sobre las disminuciones de mi base de retención:

Bajo la gravedad de juramento certifico que en la PILA que anexo del mes de enero de 2020, se incluyeron todos los devengos que obtuve en su empresa por el mismo mes.

De acuerdo a la Ley 1819 de 2016 informo que no tengo trabajadores subcontratados para la prestación de este servicio.

Cordialmente,

OSCAR ALEXANDER HERRERA ISAZA
Contratista
C. C. 79.863.238