Libertad y Orden	**INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO** **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** **INFORME DE ACTIVIDADES**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

CONTRATO No. 2789-2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Leidy Johana Campiño Ordoñez CEDULA: 1061771395 TELEFONO: 3235843924

MES: JUNIO

OBJETO	OBLI-GACION N°	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	TAREAS EJECUTADAS	DOCUMENTO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA O DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestación de servicios de apoyo a la gestión en las actividades relacionadas con la expedición de Guías Sanitarias de Movilización Interna (GSMI), registro de información asociada a la trazabilidad animal y atención de usuarios en	1	Brindar atención en los Puntos de Servicio al Ganadero y/o concentraciones ganaderas a los usuarios, en los horarios de atención establecidos por la Gerencia Seccional Cauca	Para este periodo se realizó el proceso de atención en los Puntos de Servicio al Ganadero y/o concentraciones ganaderas a los usuarios en la oficina pecuaria los días lunes, martes y viernes, en los horarios de atención establecidos por la Gerencia Seccional Cauca y los días miércoles y jueves se realiza el proceso de atención a en los Puntos de concentración ganadera en el municipio de TIMBIO.	One Drive: EVIDENCIA 1
	2	Apoyar con el registro de información y documentos soporte en el aplicativo designado para el Registro Sanitario de Predio Pecuario (RSPP), Registro de Establecimientos Acuícola (REA) y otros que le sean requeridos, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes.	Se realizó proceso de apoyo con el registro de información y documentos soporte en el aplicativo designado para el Registro Sanitario de Predio Pecuario (RSPP) y su respectiva facturación.	One Drive: EVIDENCIA 2

la Seccional Cauca.	3	Apoyar a la entidad con el ingreso de la información relativa al registro de los usuarios, hierros y transportadores con sus respectivos soportes en el aplicativo SINIGAN.	Se realizó el proceso del ingreso de la información relativa al registro de los usuarios, hierros y transportadores con sus respectivos soportes por medio de soportes en el aplicativo SINIGAN.	One Drive: EVIDENCIA 3
	4	Expedir Guías Sanitarias de Movilización Interna (GSMI), Bonos de Venta y otros documentos asociados a la trazabilidad animal, a través del aplicativo que le sea designado, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes.	Se realizó guías Sanitarias de Movilización Interna (GSMI), Bonos de Venta, atreves del aplicativo SINIGAN y guías manuales por periodo de contingencia.	One Drive: EVIDENCIA 4
	5	Apoyar con el archivo y manejo de la documentación generada por los trámites o servicios prestados, de acuerdo con la política de gestión documental establecida por el ICA.	En este periodo comprendido se apoyó en el proceso de la organización y en la realización de las hojas de control de registros de predio.	One Drive: EVIDENCIA 5
	6	Cuando sea convocado, asistir a las actividades de entrenamiento o actualización de las plataformas tecnológicas o sistemas de información utilizada para la ejecución del objeto contractual.	El funcionario a estado disponible, pero no se ha convocado para capitaciones.	

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE DOCUMENTO NO REQUIERE DE IMPRESIÓN NI FIRMA.

CON SU CARGA EN EL APLICATIVO SIGECO, EN FORMATO PDF, EL CONTRATISTA APRUEBA SU CONTENIDO Y LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA. A SU TURNO, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON SU APROBACIÓN EN EL APLICATIVO SIGECO, CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PRESENTE INFORME Y, EN CONSECUENCIA, SE HACE RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LO REPORTADO EN ESTE DOCUMENTO.

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	1061771395	LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ	calle 65 No 19-71	8305248	campinoordonez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		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	
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77953024	$377.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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	1061771395	LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ	calle 65 No 19-71	8305248	campinoordonez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		SI

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	
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77953024	$377.300	

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	1061771395	CAMPIÑO ORDOÑEZ LEIDY JOHANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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