1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	GONZALO VALENCIA CORTES
Informe de Actividades N.	N. 7 (Informe Final)
Período	23 de noviembre al 22 de diciembre de 2023
Número del Contrato	323- 2023
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO VETERINARIO EN LA SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, DESARROLLO RURAL Y BIENESTAR ANIMAL
Plazo	NUEVE (06) MESES
Valor Total del Contrato	($16.500.000) – DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Valor del Periodo del Informe	$2.750.000
Fecha de Inicio	31 de marzo de 2023
Fecha de Terminación	22 de noviembre de 2023
Plan, Programa o Proyecto	2022666820007 - Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención de la población animal, encaminada a mejorar sus condiciones de bienestar en el municipio de Santa Rosa De Cabal.
Supervisor	**DAYHAN STIVE VALENCIA MARÍN**
Secretaría	MEDIO AMBIENTE DESARROLLO RURAL Y BIENESTAR ANIMAL

Adición	Si, por valor de DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.750.000)
Prorroga	Si, por un (01) mes
Terminación Final	22 de diciembre de 2023
Disponibilidad	N. 1-50-40-63-01-00347 – 15 de marzo del 2023
Registro Presupuestal	N. 1-50-40-63-02-00567 – 18 de marzo del 2023

Rubro	2.3.2.02.02.009 –Servicios para la comunidad sociales y personales

2. INFORMACIÓN TÉCNICA – DATOS GENERALES DE INTERVENCIÓN (Caracterización de beneficiarios)

Rangos de Edades:0 – 5 años ( ), 6 – 12 años ( ), 13 – 17 años ( ), 18 – 26 años ( ), 27 – 60 años ( ) y Mayores de 60 ( ).

PERTENENCIA ÉTNICA						**VULNERABILIDAD**			
Afro		**Indígenas**		**Mestizos**		**Discapacidad**		**Desplazados**	
F	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**

BENEFICIARIOS POR ESTRATO					
	0	**1**	**2**	**3**	**OTROS**
PLANEADA					
ATENDIDA					

BENEFICIARIOS POR ZONA	
URBANA	**RURAL**

3. DESARROLLO DEL CONTRATO

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
1. Realizar una valoración médica inicial a los animales que serán beneficiados con procedimientos de esterilización, esto para determina su estado de salud y la viabilidad de la práctica de dicho procedimiento	Se realiza valoración a cada una de las mascotas que llegan a intervención quirúrgica realizando anamnesis y exploración individual para determinar el estado sanitario de cada individuo.		N/A
2 Realizar cuatro (04) jornadas de esterilización al mes, en zona rural o urbana del Municipio de Santa Rosa de Cabal	Se realizaron las 4 jornadas de esterilización, programadas y acompañadas, por la coordinadora de bienestar animal		N/A
3 Estar atento a requerimientos postoperatorios de los animales que sean objeto del procedimiento de esterilización.	Se está atento a requerimiento o llamado de la coordinadora por alguna posible complicación en los días posteriores al procedimiento quirúrgico. No se presentaron eventos adversos posteriores al procedimiento que afectara la salud de los animales		N/A

GONZALO VALENCIA CORTES
Contratista

DAYHAN STIVE VALENCIA MARÍN
Supervisor

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	75093968	GONZALO VALENCIA CORTES	Calle 50#26-40	3113627143	chalovalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CALDAS	MANIZALES	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	
2023-12	2023-12	I	20/12/2023	73432974	$336.700	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

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	75093968	GONZALO VALENCIA CORTES		Calle 50#26-40	3113627143	chalovalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CALDAS	MANIZALES		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	
2023-12	2023-12	I	20/12/2023	73432974	$336.700	

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	75093968	VALENCIA CORTES GONZALO	59	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2.750.000	$ 1.160.000

PENSION	$ 185.600
SALUD	$ 145.000

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	$ 6.055

$ 336.655
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.



FIRMA SUPERVISOR (E)



FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI ____ NO __X__** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.