MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

MODIFICACION No. 001 – ADICION Y PRORROGA AL CONTRATO No. 81-7-20212-22 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.1 Y FUNDACION APRENDER A VIVIR

Entre los suscritos a saber, la señora Teniente Coronel **ANA MILENA MAZA SAMPER**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.721.297 expedida en la ciudad de Santa Marta, obrando en nombre de LA **NACIÓN - POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** en su calidad de Jefe de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** de la Policía Nacional, nombrada mediante Orden Interna No. 110 del 28 de junio de 2021, emanada de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, debidamente facultado para celebrar contratos mediante Resolución No. 00684 del 18 de Marzo de 2022, "*Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos*", quien en adelante y para efectos de esta modificación se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra, el señor **JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA,** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **79.130.214** de Ibagué (Tolima), quien actúa en calidad de Representante Legal de **FUNDACION APRENDER A VIVIR,** Identificada con el NIT. **830.507.712-4**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente modificación, previa las siguientes consideraciones:

Que las partes contratantes suscribieron el contrato No. **81-7-20212-22** el día 18 de Noviembre de 2022, el cual tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1"** Por un valor de **SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($65.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** distribuidos de la siguiente manera: **QUINCE MILLONES PESOS ($15.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2022 y **CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023, de conformidad con la **ACAPITE - VALOR** y un Plazo de Ejecución **HASTA EL 30 ABRIL DE 2023**, de conformidad con la **ACAPITE - PLAZO DE EJECUCIÓN.**

Que el plazo de ejecución del mencionado contrato se inició el 23 de noviembre de 2022, con fundamento en la carta de inicio de ejecución oficio No. GS-2022 – 016891 – RASES-GRUCO, suscrita por la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.

Que mediante comunicación oficial No.GS-2023-173902-MEBOG de fecha 13-04-2023, suscrito por la señora CPS4 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA Responsable de Salud Mental de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá y Supervisor del contrato No. 81-7-20212-22, solicita a la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 lo siguiente:

"De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a la señora Coronel, estudiar la viabilidad de adelantar el trámite de la modificación (Adición y Prorroga) al contrato No. **81-7-20212-22,** celebrado con **FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR**, cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1"**, con el fin de dar continuidad con la prestación de los servicios y brindar una oportuna y adecuada atención a los usuarios del Subsistema de Salud del Área de Aseguramiento en Salud N.1 de la Policía Nacional, bajo parámetros de la más alta calidad y cumplimiento con la normatividad vigente que regula el sector de la salud con las especificaciones técnicas por los servicios de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

COMPORTAMIENTO DEL CONTRATO DURANTE SU EJECUCIÓN

1. Desde el día 30 de Abril de 2022 que inicia el contrato se revisa con el área de Comité Técnico Científico donde se reportan 04 usuarios con solicitud para internación en intervención de rehabilitación de farmacodependencia y alcoholismo.

				un mes donde termina el 05/03/2023, según el proceso el debia terminar su etapa ambulatoria el 25/03/2023 pero abandono el proceso de rehabilitación		
WILLIAM ALFONSO LOPEZ ESCOBAR	01/12/2022	$9.744.977	30/04/2023	No se presentan novedades con los tiempos y recursos en el proceso de este usuario	$8.496.651	$1.248.326
SERGIO STIVEN DELGADO MORENO	01/12/2023	$9.744.977	18/03/2023	No se presentan novedades con los tiempos y recursos en el proceso de este usuario	$9.744.977	0
GERARDO ROJAS VARGAS	04/12/2022	$2.700.000		Abandono del servicio a los 27 dias de proceso de internación		0
GABRIEL RICARDO ZAMORA	06/01/2023	$9.744.977	24/04/2023	Inicia su tratamiento el 06/01/2023 y debia terminar el dia 06/03/2023, sin embargo el profesional tratante considera que por su proceso y riesgo de recaida es pertinente mas tiempo en el servicio de internación hasta el 05/04/2023 y termina su proceso ambulatorio el 24/04/2023	$8.500.000	$1.244.977

lo anterior se sustenta de conformidad con lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 (art 40), Ley 1150 de 2007, Decreto reglamentario 1082 de 2015, especialmente lo contenido en el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, por los motivos antes mencionados, solicitamos revisar la viabilidad de la presente solicitud."

INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

1. RELACIÓN CONSUMOS MES POR MES, DESDE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO HASTA LA FECHA.

CUADRO No 1 FACTURAS

MES	NUMERO DE USUARIOS ATENDIDOS	Número de Factura	VALOR MENSUAL
Diciembre 2022	4 Usuarios Atendidos	FFE 1015, FFE 1016, FFE 1017 y FFE 1018	$ 11.600.000.00
Enero 2023	5 Usuarios Atendidos	FFE 1048, FFE 1049, FFE 1050, FFE 1051, FFE 1052	$ 12.000.000.00
Febrero 2023	6 Usuarios Atendidos	FFE 1076, FFE 1077, FFE 1078, FFE 1079, FFE 1080, FFE 1081	$ 13.773.159.00
Marzo 2023	6 Usuarios Atendidos	FFE 1114, FFE 1115, FFE 1116, FFE 1117, FFE 1118, FFE 1119	$ 11.593.303.00
TOTAL			**$48.966.462**

2. RELACIÓN DEL VALOR EJECUTADO - SALDO POR EJECUTAR DEL CONTRATO CON SU EQUIVALENCIA PORCENTUAL.

NUMERO DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO	EQUIVALENCIA PORCENTUAL
		$48.966.462,00	75%
81-7-20212-22	$65.000.000,00	SALDO POR EJECUTAR DEL CONTRATO	EQUIVALENCIA PORCENTUAL
		$16.033.538,00	25%

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO NO.	**81-7-20212-22**
CONTRATISTA	FUNDACION APRENDER A VIVIR
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1**
FECHA DE INICIO	23 DE NOVIEMBRE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	30 DE ABRIL DE 2023
VALOR CONTRATO INICIAL	$65.000.000,00
VALOR EJECUTADO MARZO 2023	$48.996.462,00

ACAPITE – PLAZO DE EJECUCIÓN	Para el desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba como resultado de la definición del proceso de contratación, el **CONTRATISTA** cuenta con un Plazo de Ejecución **HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023 O HASTA QUE SE AGOTE EL PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO OCURRA**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.

CLÁUSULA CUARTA: **El CONTRATISTA** debe comunicar la presente Modificación No. 001 a la Compañía Aseguradora respectiva, para que se adecue la Garantía Única constituida en los términos de la **ACAPITE - GARANTIAS** del contrato No. **81-7-20212-22** y sea remitida al CONTRATANTE para su aprobación.

CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS ESTIPULACIONES – Las demás cláusulas del Contrato No. **81-7-20212-22** que no hayan sido objeto de adición, ampliación, modificación o aclaración en la presente Modificación, continuarán vigentes en los mismos términos y condiciones.

CLÁUSULA SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN – La presente Modificación del Contrato No. **81-7-20212-22**, se entiende perfeccionada con la firma de las partes contratantes, para su legalización requiere de la expedición del correspondiente registro presupuestal; para su ejecución requiere de la aprobación de la garantía única por parte del **CONTRATANTE** de conformidad con el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 por parte del **CONTRATISTA**.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los

EL CONTRATANTE

Teniente Coronel **ANA MILENA MAZA SAMPER**
Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud (RASES) No1.

EL CONTRATISTA

JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA
Representante legal de **FUNDACION APRENDER A VIVIR**

Elaborado por: AA-34 WILMER ANDRES LOZANO SANCHEZ
Oficina de Contratos

Revisado por: Capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ
Jefe (E) Grupo contratos (RASES) No.1.

Revisado por: Capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe (E) Área administrativa (RASES) No 1.

Vo. Bo.: Capitán NESTOR AMARÚ MEDINA BERMUDEZ
Jefe (E) Oficina Asuntos Jurídicos (RASES) No 1

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No.1

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por. _____
Fecha. _____ Hora: _____

No. GS-2022-016891 / RASES-GRUCO

Bogotá, D.C 23 NOV. 2022

Señor:
JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
Dirección: Cra 71 # 53-52
Teléfono: 3103330027
E-MAIL: johnpava_27@hotmail.com
Ciudad

Asunto: INICIACIÓN EJECUCIÓN CONTRATO No. 81-7-20212-22

Respetuosamente me permito informar, que los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato de la referencia cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1.** suscrito con usted se encuentra surtido en su totalidad; en consecuencia, se puede iniciar la ejecución del mismo.

En consecuencia, de lo anteriormente expuesto me permito informar que la fecha de inicio de ejecución del contrato es el día _____ 23 NOV. 2022

Cualquier inconveniente o inquietud que se presente dentro del desarrollo del presente contrato, puede comunicarse con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No.1 de la Policía Nacional.

Atentamente,

Teniente Coronel **ANA MILENA MAZA SAMPER**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud (RASES) No.1

Elaborado por: TA-27 SANDRA ESTEFANY USUGA CARDONA
Analista de Contratos
Revisado por: Teniente JHON ALFONSO ARAGON FONSECA
Jefe Grupo Contratos (RASES) No.1
Revisado por: NESTOR AMARÚ MEDINA BERMUDEZ
Jefe (E) Área Administrativo RASES No.1
Ubicación: c:\\Mis documentos\CONTRATOS 2022

Carrera 68 B Bis No. 44 – 58
Teléfonos 2201636
www.policia.gov.co

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PN RASES No.1 N.º 81-7-20212 - 22

No. GS-2022 - 016685 / JEFAT – GADFI 17

Bogotá, D. C. **18 NOV. 2022**

Señor:
JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
Dirección: Cra 71 # 53-52
Teléfono: 3103330027
E-MAIL: johnpava_27@hotmail.com
Ciudad

ASUNTO: Aceptación Oferta proceso **PN RASES No. 1 MIC 050 2022**

Cordialmente me permito informarle que en virtud a la invitación pública del proceso **PN RASES No. 1 MIC 050 2022**, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1,** su oferta ha cumplido a cabalidad con los requisitos de habilitación y por tanto es aceptada de conformidad con el artículo 94 de la ley 1474 de 2011 y el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015 y en consecuencia la oferta por usted presentada junto con el presente documento constituye el contrato. Para tal fin, se relacionan los principales aspectos a tener en cuenta para el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las condiciones fijadas en la invitación pública del proceso en referencia:

CONTRATO	**PN RASES No.1 N.º 81-7-20212 - 22**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	36.721.297 de Santa Marta
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 110 del 28 de junio de 2021 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	00684 del 18 de marzo de 2022
CONTRATISTA	NOMBRE: FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR NIT: 830.507.712-4 REPRESENTANTE LEGAL: JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA DOC. IDENTIDAD: C.C. 79.130.214 de Ibagué (Tolima) CIUDAD DE NOTIFICACIÓN: Bogotá DIRECCIÓN: Cra 71 # 53-52 TELÉFONO: 3103330027 E-MAIL: johnpava_27@hotmail.com
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de PN **RASES No.1 MIC 050 2022.**

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el código CUPS y el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético los soportes objeto del cobro de cada una de las atenciones prestadas a los usuarios.
Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica.
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Articulo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

		del Contrato. **B) CALIDAD DEL SERVICIO** ampara el riesgo de mala calidad del servicio o deficiencias técnicas del servicio prestado, durante ejecución del contrato, buscando resarcir el detrimento causado a la entidad por mala calidad o insuficiencia del servicio prestado. El valor de esta Garantía **será el equivalente al Cincuenta Por Ciento (50%) del valor total del Contrato**, y deberá extenderse por la vigencia del Contrato. **C) RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**: El **CONTRATISTA** deberá otorgar amparo sobre los daños producidos por el contratista con ocasión de ejecución del contrato **será el equivalente al 200 SMMLV del valor total del Contrato**. La vigencia de esta garantía se otorgará por todo el periodo de ejecución del contrato. Ampara la responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros derivada de la posesión y el uso de los aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica. La cobertura cubre también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado por daños materiales o daños personales. Se ampara también los daños ocurridos como consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes. Ampara igualmente, los gastos judiciales y/o gastos de defensa sublimitado al 10% del valor asegurado de la póliza en el agregado vigencia. **D) PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES** **será el equivalente al Cinco Por Ciento (5%) del valor total del Contrato** ampara a la entidad de los perjuicios que se le ocasione como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato, deberá otorgar este amparo con un término igual a la vigencia del Contrato vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (03) años más. **PARÁGRAFO PRIMERO: Al término de la vigencia de cada uno de los amparos el CONTRATISTA deberá adicionar UN (1) MES MÁS,** con el fin de garantizar que los términos de la garantía única cubran la totalidad de lo exigido y de esta manera prevenir la ampliación de los mismos ocasionada por el lapso que transcurre desde el momento de la suscripción del contrato y el cumplimiento de los requisitos de ejecución. **PARÁGRAFO SEGUNDO: La Garantía Única debe presentarse con comprobante de pago. En la Póliza debe constar expresamente que se ampara el cumplimiento del Contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenida y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.** En todo caso el **CONTRATISTA** deberá reponer las Garantías cuando el valor de las mismas se vea afectado por razón de siniestros, dentro de los cinco (5) días calendario, siguientes a la notificación del Acto que deje en firme la multa o clausula penal pecuniario correspondiente. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** EL **CONTRATANTE** aprobará o no la Garantía Única a más tardar el día hábil siguiente a la presentación por parte del **CONTRATISTA**. En el evento que la Garantía Única no sea aprobada, el **CONTRATISTA** deberá corregirla y ajustarla a lo pactado en el Contrato en un término no mayor a dos (2) días hábiles siguientes a su devolución. **PARÁGRAFO TERCERO:** Cuando haya lugar a la modificación del plazo o valor consignado en el Contrato, el **CONTRATISTA** deberá ampliar o prorrogar la Garantía Única en los términos en que se le señale. Si se negare a hacerlo, se hará acreedor a las multas y clausula penal pecuniario respectivas, y el **CONTRATANTE** dará por terminado el presente Contrato en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba reconocer o pagar indemnización alguna. **PARÁGRAFO CUARTO:** Si el **CONTRATISTA** se negare a constituir la Garantía Única prevista en la presente Cláusula, en los términos, cuantía y duración establecidos, el **CONTRATANTE**

4. El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.
5. El CONTRATISTA deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6. El CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.
7. EL CONTRATISTA deberá colaborar con los entes de control de la entidad del estado cuando así lo requiera.
8. EL CONTRATISTA deberá realizar la entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, en el instructivo 009 DISAN - AGESA – 70 del 06 de marzo de 2014.
9. El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato, será a cargo del contratista.
10. EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la Auditoria Medica del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1
11. EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal destinado para la ejecución objeto del contrato.
12. El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.
13. El CONTRATISTA no deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento al Área Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
14. El CONTRATISTA deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato
15. El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
16. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.
17. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato.
18. El CONTRATISTA deberá garantizar que el servicio será prestado por el profesional idóneo en cada área (de acuerdo con lo descrito en el ANEXO No 2: OFERTA Y CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS) y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.
19. El CONTRATISTA dispondrá de un área física con las siguientes características: delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar, protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada, incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios y contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo.
20. El Oferente deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.
21. El CONTRATISTA deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o

DOCUMENTOS	Los documentos que a continuación se relacionan, se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: Estudios y Documentos Previos, INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL **PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA PN RASES No.1 MIC 050 2022**, Oferta del Contratista, Informe de Evaluación, y Contrato.
CADUCIDAD ADMINISTRATIVA	Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y Ley 1474 de 2011. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el **CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. La Seccional Sanidad Bogotá - Cundinamarca hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el **CONTRATISTA** devolverá a la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los servicios prestados por aquel y recibidos a satisfacción por la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1,** si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago.
LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN	Para su legalización se requerirá que se efectué el correspondiente Registro Presupuestal y para su ejecución, la aprobación por parte de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** del mecanismo de cobertura de riesgos, y la presentación de la Certificación de pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales, de se aplicará lo contenido en el ***artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016***.

18 NOV. 2022

Teniente Coronel **ANA MILENA MAZA SAMPER**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud (RASES) No.1

Elaborado por: TA-27 SANDRA ESTEFANY USUGA CARDONA
Analista de Contratos

Revisado por: Teniente JHON ALFONSO ARAGON FONSECA
Jefe Grupo Contratos (RASES) No. 1

Aprobado por: Capitán NESTOR AMARÚ MEDINA BERMUDEZ
Jefe (E) Área Administrativo RASES No.1

Vo.Bo. por: PS-18 MILTON RICARDO CASAS IREGUI
Abogado profesional en seguridad y defensa – 18 oficina de Asuntos Jurídicos RASES No. 1

RECURSO HUMANO REQUERIDO	EXPERIENCIA Y FORMACIÓN MÍNIMAS	DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR
PSICÓLOGO (A)	Psicólogo (a) con formación en manejo de adicciones con experiencia mínima de 2 años	• Hoja de vida. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como psicólogo (a). • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Certificación de Formación universitaria con cursos, diplomados o estudios de educación en Adicciones o especialización en Psicología Clínica. • Certificación de experiencia laboral mínima de 2 años en manejo de pacientes con farmacodependencia
PSICÓLOGO (A)	Psicólogo (a) con desempeño en Terapia de Familia con experiencia mínima de 2 años	• Hoja de vida. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como psicólogo (a). • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Certificación de experiencia laboral mínima de 2 años en manejo de intervención a familias de pacientes con farmacodependencia.
PSIQUIATRA	Médico Psiquiatra con experiencia mínima de 2 años en manejo de adicciones	• Hoja de vida. • Fotocopia del Diploma y acta de grado en Medicina General. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como especialista en psiquiatría. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Certificación de experiencia laboral mínima de dos años en manejo de pacientes con farmacodependencia.
TRABAJO SOCIAL	Trabajo Social con experiencia mínima de 2 años	• Hoja de vida. • Registro Profesional. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Trabajadora Social • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Terapeuta Ocupacional con experiencia mínima de 1 año	• Hoja de vida. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Terapeuta Ocupacional. • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.
ENFERMERO (A) JEFE	Enfermero Jefe con experiencia mínima de 1 año	• Hoja de vida. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Enfermero (a) jefe. • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Auxiliar de Enfermería con experiencia mínima de 1 año	• Hoja de vida. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Auxiliar de Enfermería. • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.
MÉDICO GENERAL	Médico General con experiencia mínima de 1 año	• Hoja de vida. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Médico General. • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.
NUTRICION	Nutricionista con experiencia mínima de 1 año	• Hoja de vida. • Fotocopia Tarjeta Profesional y RETHUS. • Fotocopia del Diploma y acta de grado como Nutricionista • Certificación de Experiencia laboral mínima de un año.

- La experiencia de los Profesionales será demostrada con la presentación de una o varias Certificaciones expedidas por las entidades para las cuales los profesionales hayan prestado sus servicios.
- El servicio deberá ser prestado por el profesional idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.

INSTALACIONES:

El Contratista dispondrá de un área física con las siguientes características:

- Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar.
- Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada.
- Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios.
- Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo.
- El Contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Contratista deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente en ambulancia, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1

El Contratista deberá entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.130.214

PAEZ VALENCIA
APELLIDOS

JOHN ALEXANDER
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1967
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

31-JUL-1985 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL



A-1500117-47143442-M-0079130214-20061031 0007605504H 02 20065765

171

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14922008706

(415)7707212489984(8020) 000001492200870 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 0 7 7 1 2	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
UNDACION APRENDER A VIVIR

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 71 53 52 BRR NORMANDIA

42. Correo electrónico johnpava_27@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 3 3 0 0 2 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 2 0	2 0 0 4 1 1 1 8	8 6 9 2	2 0 0 4 1 1 1 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 23 / 14 : 33: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 26-06-2024 10:24:49AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14922008706

(415)7707212489984(8020) **000001492200870 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 0 7 7 1 2	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

Caracteristicas y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 6	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	0 8
72. Número	1 2	8 1 8
73. Fecha	2 0 0 4 1 0 1 2	2 0 0 9 0 8 2 8
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 1
76. Fecha de registro	2 0 0 9 0 8 2 8	2 0 0 9 0 8 2 8
77. No. Matrícula mercantil	2 4 1 5 3	8 1 8
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 4 1 1 1 8	
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 7 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14922008706

(415)7707212489984(8020) 000001492200870 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 0 7 7 1 2	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 9 0 8 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	7 9 1 3 0 2 1 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PAEZ	VALENCIA	JOHN	ALEXANDER

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 3 0 1 0 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 1 0 4 8 3 3 3 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RIOBO	AGAMEZ	JULIO	CESAR

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14922008706

(415)7707212489984(8020) 000001492200870 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 0 7 7 1 2	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 4 1 8 0 1 5		2 3 7 4 7 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
LARROTA	SAENZ	UAIRO	ALBERTO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 7 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 9 2 4 9 3 1		1 6 3 1 6 4 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
BONILLA	ROJAS	RICARDO	

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 7 0 1

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, agosto 16 de 2024

CERTIFICACION

El suscrito Revisor Fiscal de la **FUNDACION APRENDER A VIVIR**, identificado con NIT. 830507712-4, por medio de la presente certifica que a la fecha la institución se encuentra al día por concepto de aportes a la seguridad social y parafiscal de ley a la fecha y en los últimos seis meses.

Para efecto me permito adjuntar la planilla de pago correspondiente al mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

JAIRO ALBERTO LARROTA
Revisor Fiscal

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B -- menos de 200 c		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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79166778	$9.298.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	384.400	0		0		0	0	0	0	384.400	2
EPS008	Compansar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.943.800	0		0		0	0	0	0	1.943.800	3

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	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.620.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.740.000	4

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	235.200				235.200	0	0	235.200			2.352	235.200	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	900.000	0	0	900.000	7

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar S.A.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79166778	$9.298.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
450.000	0	0	450.000	7
ICBF				
675.100	0	0	675.100	7
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	3.034.500	3.034.500
Pensión	4	4.004.000	4.004.000
Riesgos Laborales	1	235.200	235.200
CCF	1	900.000	900.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	675.100	675.100
MEN	0	0	0
SENA	1	450.000	450.000
TOTALES	12	9.298.800	9.298.800

PAGADA

Este documento esta 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
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	CANTIDAD UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79166778	$9.298.800	

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	Estudiante	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	28649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
2	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
3	CC	52381502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																	230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	543.800	14-23	4.350.000	2	45.500	CCF21	4.350.000	174.000	4.350.000	87.000	130.500	0	0
4	CC	52000095	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																30	231001	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	0	CCF21	1.775.000	0	0	0	0	0	0
5	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																	25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.500.000	14-23	12.000.000	2	125.500	CCF21	12.000.000	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0
6	CC	88246845	SANDOVAL TAMI ASSAAD	1	0			N																	230201	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	18.600	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
7	CC	79409936	ROSERO WASHINGTON	1	0			N																	25-14	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS005	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	18.600	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0

PAGADA

Este documento fue generado con PRIVADO por parte de Com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	03/07/2024	78180314	$3.870.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	310.500	0		0		0	0	0	0	310.500	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.884.400	0		0		0	0	0	0	1.884.400	3

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	Protaccion (ING + Proteccion)	800229739-0	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.525.400	0	0	60.000	60.000	0	0		2.645.400	4

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	164.100				164.100	0	0	164.100			1.641	164.100	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	876.400	0	0	876.400	7

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	03/07/2024	78180314	$8.870.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
438.200	0	0	438.200	7
ICBF				
657.500	0	0	657.500	7
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	2.901.200	2.901.200
Pensión	4	3.833.400	3.833.400
Riesgos Laborales	1	164.100	164.100
CCF	1	876.400	876.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	657.500	657.500
MEN	0	0	0
SENA	1	438.200	438.200
TOTALES	12	8.870.800	8.870.800

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
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	03/07/2024	78180314	$8.870.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suitipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPENSACION	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	26649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
2	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
3	CC	52361502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																	230301	3.335.000	533.600	0	0	0	0	EPS008	3.335.000	416.900	14-23	3.335.000	2	34.500	CCF21	3.335.000	133.400	3.335.000	66.700	100.100	0	0
4	CC	52361502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N													X				230301	1.015.000	162.400	0	0	0	0	EPS008	1.015.000	126.900	14-23	1.015.000	2	0	CCF21	1.015.000	40.600	1.015.000	20.300	30.500	0	0
5	CC	52600995	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																30	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	0	CCF21	1.300.000	0	0	0	0	0	0
6	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																	25-14	6.800.000	1.088.000	0	0	34.000	34.000	EPS037	6.800.000	850.000	14-23	6.800.000	2	71.000	CCF21	6.800.000	272.000	6.800.000	136.000	204.000	0	0
7	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N													X				25-14	5.200.000	832.000	0	0	26.000	26.000	EPS037	5.200.000	650.000	14-23	5.200.000	2	0	CCF21	5.200.000	208.000	5.200.000	104.000	156.000	0	0
8	CC	79409636	ROSERO WASHINGTON	1	0			N	X																25-14	1.183.334	189.400	0	0	0	0	EPS005	1.183.334	148.000	14-23	1.183.334	2	12.400	CCF21	1.183.334	47.400	1.183.334	23.700	35.600	0	0
9	CC	68246345	SANDOVAL TAMI ASSAAD	1	0			N																	230201	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	18.600	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	CANTIDAD UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	04/06/2024	77529779	$9.792.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.943.800	0		0		0	0	0	0	1.943.800	3

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	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.336.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.456.000	3

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	235.200				235.200	0	0	235.200			2.352	235.200	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	900.000	0	0	900.000	6

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	04/06/2024	77529779	$8.792.900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
450.000	0	0	450.000	6
ICBF				
675.100	0	0	675.100	6
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	2.812.600	2.812.600
Pensión	4	3.720.000	3.720.000
Riesgos Laborales	1	235.200	235.200
CCF	1	900.000	900.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	675.100	675.100
MEN	0	0	0
SENA	1	450.000	450.000
TOTALES	12	8.792.900	8.792.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar C.C.F.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	04/06/2024	77529779	$8.792.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanie	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAC	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotizacion / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	28649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
2	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
3	CC	52361502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	543.800	14-23	4.350.000	2	45.500	CCF21	4.350.000	174.000	4.350.000	87.000	130.500	0	0
4	CC	52600095	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																231001	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	18.600	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
5	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.500.000	14-23	12.000.000	2	125.300	CCF21	12.000.000	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0
6	CC	88246845	SANDOVAL TAMI ASSAAD	1	0			N																230201	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	2	18.600	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	03/05/2024	76713639	$8.675.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.943.800	0		0		0	0	0	0	1.943.800	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.336.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.456.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	117.700				117.700	0	0	117.700			1.177	117.700	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	900.000	0	0	900.000	6

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	03/05/2024	76713639	$8.675.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
450.000	0	0	450.000	6
ICBF				
675.100	0	0	675.100	6
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	2.812.600	2.812.600
Pensión	4	3.720.000	3.720.000
Riesgos Laborales	1	117.700	117.700
CCF	1	900.000	900.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	675.100	675.100
MEN	0	0	0
SENA	1	450.000	450.000
TOTALES	12	8.675.400	8.675.400

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	03/05/2024	76713639	$8.675.400	

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. en exterior	Exonerado	IRET	RET	TDC	TAC	TDP	TAP	VCP	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	28649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
2	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
3	CC	52381502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																	230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	543.800	14-23	4.350.000	1	22.600	CCF21	4.350.000	174.000	4.350.000	87.000	130.500	0	0
4	CC	52600055	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																	231001	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	1	9.300	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
5	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																	25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.500.000	14-23	12.000.000	1	62.700	CCF21	12.000.000	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0
6	CC	88246845	SANDOVAL TAMI ASSAAD	1	0			N	X																230201	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	1	9.300	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar CCF

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
2024-04	2024-03	E	01/04/2024	75947160	TOTAL A PAGAR	
					$8.405.500	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	133.200	0		0		0	0	0	0	133.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.721.900	0		0		0	0	0	0	1.721.900	2

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	866.400	0	0	0	0	0	0		866.400	2
231001	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.336.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.456.000	3

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	114.000				114.000	0	0	114.000			1.140	114.000	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	871.600	0	0	871.600	6

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Gestión Documental

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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: 6 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-03	E	01/04/2024	75947160	$8.405.500

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
435.800	0	0	435.800	6
ICBF				
653.800	0	0	653.800	6
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	2.723.900	2.723.900
Pensión	3	3.606.400	3.606.400
Riesgos Laborales	1	114.000	114.000
CCF	1	871.600	871.600
ESAP	0	0	0
ICBF	1	653.800	653.800
MEN	0	0	0
SENA	1	435.800	435.800
TOTALES	12	8.405.500	8.405.500

PAGADA

Este documento esta 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
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	01/04/2024	75947160	$8.405.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Suspensión	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	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	Cod. ARL	IBC ARL	Centro Trabajo	Cotizacion	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019146533	RICARDO MONTERROZA DAGO ANDRES	1	0			N	X															230301	1.065.000	170.400	0	0	0	0	EPS001	1.065.000	133.200	14-23	1.065.000	1	5.600	CCF21	1.065.000	42.600	1.065.000	21.300	32.000	0	0
2	CC	28649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
3	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
4	CC	52381502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	543.800	14-23	4.350.000	1	22.800	CCF21	4.350.000	174.000	4.350.000	87.000	130.500	0	0
5	CC	52600095	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																231001	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	1	9.300	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
6	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.500.000	14-23	12.000.000	1	62.700	CCF21	12.000.000	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0

PAGADA

Uso PRIVADO por parte

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – manos de 200 c			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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	75185103	$8.675.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	221.900	0		0		0	0	0	0	221.900	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.800	0		0		0	0	0	0	543.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.721.900	0		0		0	0	0	0	1.721.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	980.000	0	0	0	0	0	0		980.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.336.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.456.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	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	117.700				117.700	0	0	117.700			1.177	117.700	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	830013570-3	900.000	0	0	900.000	6

COPIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	75185103	$8.675.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
450.000	0	0	450.000	6
ICBF				
675.100	0	0	675.100	6
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	2.812.600	2.812.600
Pensión	3	3.720.000	3.720.000
Riesgos Laborales	1	117.700	117.700
CCF	1	900.000	900.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	675.100	675.100
MEN	0	0	0
SENA	1	450.000	450.000
TOTALES	12	8.675.400	8.675.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	75185103	$8.675.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Sublime	Extranjero	Comm. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAC	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52361502	VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA	1	0			N																	230301	4.350.000	696.000	0	0	0	0	EPS008	4.350.000	543.800	14-23	4.350.000	1	22.800	CCF21	4.350.000	174.000	4.350.000	87.000	130.500	0	0
2	CC	79130214	PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER	1	0			N																	25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.500.000	14-23	12.000.000	1	62.700	CCF21	12.000.000	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0
3	CC	52109007	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
4	CC	52600095	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0			N																	231001	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS037	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	1	9.300	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
5	CC	1019149538	RICARDO MONTERROZA DAGO ANDRES	1	0			N																	230301	1.775.000	284.000	0	0	0	0	EPS001	1.775.000	221.900	14-23	1.775.000	1	9.300	CCF21	1.775.000	71.000	1.775.000	35.500	53.300	0	0
6	CC	26649232	CULMA TIQUE MARIA DEICY	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0

PAGADA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8F0101704048280

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **RICARDO BONILLA ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79924931 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 163164-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

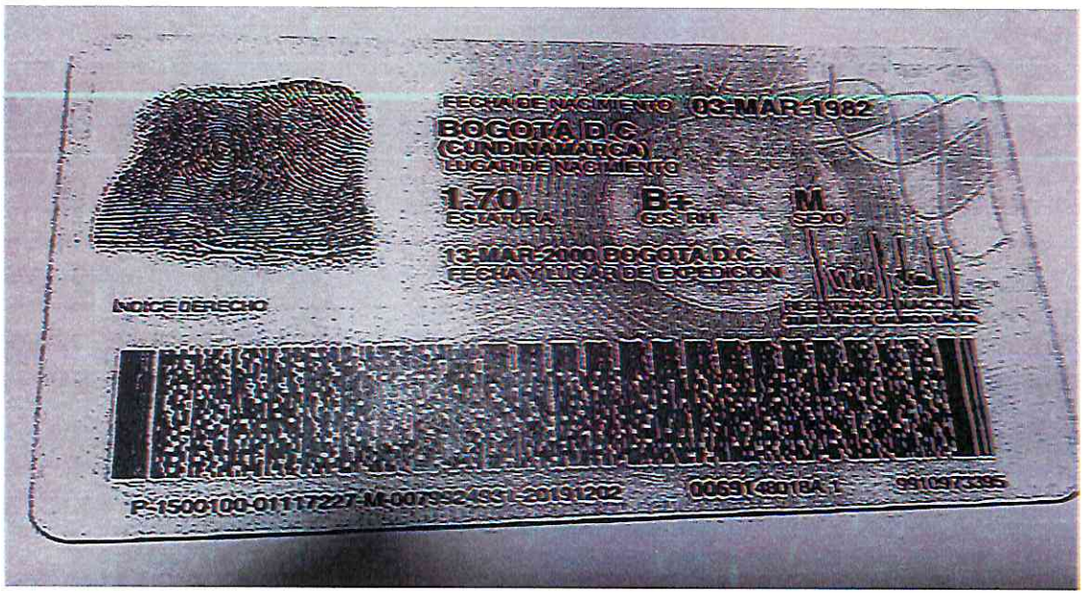
Dado en BOGOTA a los 20 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 79.924.931
BONILLA ROJAS
APELLIDOS
RICARDO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
13-MAR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

163164-T



RICARDO
BONILLA ROJAS
C.C. 79924931
RESOLUCION INSCRIPCION 329 FECHA 27/10/2011
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS 174251

FIRMA DEL TITULAR 89755

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2 9 F C E D F B 8 1 8 3 6 E 1 F

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JAIRO ALBERTO LARROTA SAENZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19418015 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 237475-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 20 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.418.015
LARROTA SAENZ
APELLIDOS
JAIRO ALBERTO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-MAR-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00163026-M-0019418015-20090716 0013532120A 1 1390103810



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

237475-T

JAIRO ALBERTO
LARROTA SAENZ
C.C. 19418015
RES. INSCRIPCION 147 DEL 16/02/2018
CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

243505 263261

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2A270B0A8F3ZFB52

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ALFONSO BONILLA MEJIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 4059816 de BOAVITA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 46947-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 20 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.059.816
BONILLA MEJIA
APELLIDOS
ALFONSO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1967
BOAVITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
B-
G.S. RH
M
SEXO
23-SEP-1985 BOAVITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-1500150-00155413-M-0004059816-20090429
0011141680A 1
1360100285

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



46947-T

ALFONSO
BONILLA HEVIA
C.C. 4053816
RESOLUCION INSCRIPCION 35 FECHA 11/04/96
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Presidente

0005514

Bogotá , 20 De Agosto de 2024

Señores

SECRETARIA DE GOBIERNO

Funza (Cundinamarca)

CERTIFICACION DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA , Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.130.214 quien obra en calidad de representante legal de la **FUNDACION APRENDER A VIVIR** con NIT 830507712-4, manifiesto bajo la gravedad de juramento de forma clara e inequívoca , que la IPS que represento no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en las establecidas en la ley 1474 del 12 de Julio de 2011[1] .

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los (20) días del mes de Agosto de 2024

FUNDACION APRENDER A VIVIR

Cordialmente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA

Representante Legal

1

1 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública" (Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO).*

Bogotá , 20 De Agosto de 2024

Señores

SECRETARIA DE GOBIERNO

Funza (Cundinamarca)

Ref: Compromiso anticorrupción

El suscrito a saber: JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA , Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.130.214 quien obra en calidad de representante legal de la **FUNDACION APRENDER A VIVIR** con NIT 830507712-4, quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, quien manifiesta su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso dentro de los estudios y documentos previos teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el Municipio de Funza en cabeza de su representante legal, Ordenador del gasto y ejecución presupuestal, adelantará un proceso de contratación para la celebración de un Convenio que tiene por objeto: ***AUNAR ESFUERZOS TECNICOS Y HUMANOS PARA LA ATENCION A CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL MUNICIPIO DE FUNZA (CUNDINAMARCA) CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA***

2. Que es interés y expresa voluntad del proponente apoyar la acción del Municipio de Funza, para fortalecer la transparencia en las modalidades de selección, mediante el cual se escoge al contratista, y la responsabilidad de rendir cuentas;

3. Que es mi interés en calidad de proponente participar en el presente proceso de contratación precitado, así mismo, me encuentro dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia y eficacia al proceso contractual, y en tal sentido suscribir el presente Compromiso unilateral de Anticorrupción. En mi calidad de proponente; mediante la suscripción del presente documento, estaré asumiendo los siguientes compromisos:

A) No ofreceré dinero, dádiva, estipendio u otra utilidad al servidor público o realizaré promesa remuneratoria, directa o indirectamente para ejecutar, retardar u omitir actuación alguna dentro de este proceso de contratación o para que ejecuten uno contrario.

B) Me comprometo de manera clara y precisa a impartir instrucciones a todos sus empleados, dependientes, amanuenses, agentes, asesores, o cualquier otro representante, exigiendo el cumplimiento en todo momento del ordenamiento legal colombiano y en particular, de aquellas que rigen el presente proceso contractual.

C) No permitiré que nadie, bien sea empleado de mi compañía o empresa independiente, o asesor o consultor desaten conductas delictivas en el proceso contractual o a su nombre.

D) Así mismo, me comprometo a imponer a mis dependientes o representantes, la obligación de: **No** ofrecer pagos, o halagos a los servidores públicos del Municipio durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser favorecida mi propuesta. **No** ofrecer cualquier muestra a los Servidores públicos del Municipio de Funza que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente.

E) En mi carácter de proponente me comprometo formalmente, a no realizar acuerdos, conductas o actos que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso contractual, o desatar delitos especiales.

F) No efectuar propuestas con valores artificialmente bajos.

Me permito suscribir el presente documento en calidad de contratista a los veinte (20) veinte días del mes de Agosto de 2024



JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA

Representante Legal

Bogotá , 20 De Agosto de 2024

Señores

SECRETARIA DE GOBIERNO

Funza (Cundinamarca)

Ref.: Certificación de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, inhabilidad e Incompatibilidad.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato o convenio, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015 y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años",

Cordialmente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA

Representante Legal

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-08-20 11:56

Razón social

FUNDACION APRENDER A VIVIR - FAAV

NIT

830507712	DV	4

Lugar de ubicación

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Clase de entidad

Sociedad sin ánimo de lucro

Si es otra, cual?

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [ ] No [X]

Servicios de la entidad:

TRATAMIENTO DE REHABILITACION POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Nombres y apellidos completos del representante legal

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHN	ALEXANDER	PAEZ	VALENCIA

Documento de identificación del representante legal

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79130214

Lugar de nacimiento del representante legal

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio del representante legal

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE FUNZA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Dirección	["Carrera 14 No.13 - 05"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE FUNDACION APRENDER A VIVIR.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo FUNDACION APRENDER A VIVIR en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	$1.427.476.000,00
Ingresos no operacionales	$424.547.000,00
Otros	$0,00
TOTAL	$1.852.023.000,00

Las cuentas bancarias de FUNDACION APRENDER A VIVIR en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$175.004.569,00

Los bienes patrimoniales de FUNDACION APRENDER A VIVIR son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CUENTAS POR COBRAR Y EFECTIVO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$379.182.000,00

Las acreencias y obligaciones vigentes de FUNDACION APRENDER A VIVIR a la fecha son:

Concepto	Saldo
PASIVOS	$245.469.000,00

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de FUNDACION APRENDER A VIVIR, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual FUNDACION APRENDER A VIVIR celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿FUNDACION APRENDER A VIVIR realizó donaciones?

Sí [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por FUNDACION APRENDER A VIVIR que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

FUNDACION APRENDER A VIVIR, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) de interés:

Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés son:

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-08-20 11:13

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHN	ALEXANDER	PAEZ	VALENCIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79130214

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE FUNZA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Dirección	["Carrera 14 No.13 - 05"]
Cargo o función que cumple	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$126.920.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$9.520.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$85.000.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$1.000.000,00
TOTAL	$222.440.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$148.366.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$1.568.187.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS BANCOS	$560.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Declaración de renta y complementario para personas jurídicas y asimiladas y personas naturales y asimiladas no residentes y sucesiones ilíquidas de causantes no residentes, o de ingresos y patrimonio para entidades obligadas a declarar

PRIVADA

110

1. Año: 2023 — 29. Fracción año gravable siguiente: ☐

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1117608691281

(415)7707212489984(8020) 000111760869128 1

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6.DV.	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
830507712	4				

11. Razón social: FUNDACION APRENDER A VIVIR

12. Cód. Direcc. Seccional: 32

24. Actividad económica principal: 8692

Corrección — 25. Cód. — 26. No Formulario anterior — 30. Renuncio a pertenecer al Régimen Tributario Especial — 31. Vinculado al pago de obras por impuestos

Datos informativos — 33. Total costos y gastos de nómina: 333,921,000 — 34. Aportes al sistema de seguridad social: 47,487,000 — 35. Aportes al SENA, ICBF, cajas de compensación: 20,389,000

Patrimonio

Efectivo y equivalentes al efectivo	36	175,005,000
Inversiones e instrumentos financieros derivados	37	0
Cuentas, documentos y arrendamientos financieros por cobrar	38	204,177,000
Inventarios	39	0
Activos intangibles	40	0
Activos biológicos	41	0
Propiedades, planta y equipo, propiedades de inversión y ANCMV	42	103,840,000
Otros activos	43	0
Total patrimonio bruto	**44**	483,022,000
Pasivos	45	245,469,000
Total patrimonio líquido	**46**	237,553,000

Ingresos

Ingresos brutos de actividades ordinarias	47	1,427,476,000
Ingresos financieros	48	113,000
Dividendos y participaciones no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	49	0
Dividendos y participaciones distribuidos por entidades no residentes en Colombia a una CHC y prima en colocación de acciones.	50	0
Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa general provenientes de sociedades y entidades extranjeras o de sociedades nacionales	51	0
Dividendos y participaciones gravadas recibidas por personas naturales sin residencia fiscal (año 2016 y anteriores)	52	0
Dividendos y participaciones gravadas recibidas por personas naturales sin residencia fiscal (año 2017 y siguientes)	53	0
Dividendos y participaciones gravadas a las tarifas de los artículos 245 o 246 E.T.	54	0
Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa general (EP y sociedades extranjeras - utilidades generadas a partir del año 2017)	55	0
Dividendos y participaciones provenientes de proyectos calificados como megainversión gravadas al 27%	56	0
Otros ingresos	57	42,547,000
Total ingresos brutos	**58**	1,470,136,000
Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas	59	20,265,000
Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	60	0
Total ingresos netos	**61**	1,449,871,000

Costos y deducciones

Costos	62	445,427,000
Gastos de administración	63	777,095,000
Gastos de distribución y ventas	64	0
Gastos financieros	65	3,315,000
Otros gastos y deducciones	66	2,854,000
Total costos y gastos deducibles	**67**	1,228,691,000

ESAL (R.T.E.)

Inversiones efectuadas en el año	68	0
Inversiones liquidadas de períodos gravables anteriores	69	0

Renta

Renta por recuperación de deducciones	70	0
Renta pasiva - ECE sin residencia fiscal en Colombia	71	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	**72**	221,180,000
Pérdida líquida del ejercicio	**73**	0
Compensaciones	74	0
Renta líquida	**75**	221,180,000
Renta presuntiva	76	0

Renta

Renta exenta	77	221,180,000
Rentas gravables	78	0
Renta líquida gravable	**79**	0

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales	80	0
Costos por ganancias ocasionales	81	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	82	0
Ganancias ocasionales gravables	**83**	0

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

Sobre la renta líquida gravable	84	0
Puntos adicionales a la tarifa del impuesto renta	85	0
De dividendos y participaciones grav. a la tarifa del 10% año 2022 y al 20% año 2023 y siguientes (base casilla 54)	86	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del artículo 240 E.T. (base casilla 55)	87	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 27% (base casilla 56)	88	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del artículo 240 E.T (base casilla 53)	89	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 33% (base casilla 52)	90	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**91**	0

Liquidación privada

Valor a adicionar (VAA)	92	0
Descuentos tributarios	93	0
Impuesto neto de renta (sin impuesto adicionado)	**94**	0
Impuesto a adicionar (IA)	95	0
Impuesto neto de renta (con impuesto adicionado)	**96**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**97**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	98	0
Total impuesto a cargo	**99**	0
Valor inversión obras por impuestos hasta del 50% del valor de la casilla 99 (Modalidad de pago 1)	100	0
Descuento efectivo inversión obras por impuestos (Modalidad de pago 2)	101	0
Crédito fiscal artículo 256-1 E.T.	102	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	103	0
Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución y compensación	104	0

Retenciones

Autorretenciones	105	0
Otras retenciones	106	0
Total retenciones año gravable a declarar	**107**	0

Anticipo renta para el año gravable siguiente	108	0
Anticipo Puntos adicionales año gravable anterior	109	0
Anticipo Puntos adicionales año gravable siguiente	110	0
Saldo a pagar por impuesto	**111**	0
Sanciones	112	0
Total saldo a pagar	**113**	0
Total saldo a favor	**114**	0
Valor impuesto exigible por obras por Impuestos Modalidad de pago 1	115	0
Valor total proyecto obras por Impuestos Modalidad de pago 2	116	0
Aporte voluntario Art. 244-1 E.T	117	0

981. Cód. Representación: ☐☐

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal: ☐

Firma Contador o Revisor Fiscal — 994. Con salvedades: ☐

983. No. Tarjeta profesional

2024294401947 1

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

2024 DIAN 2024-05-09 / 12:17:05 PM 17:05

Fecha Asignación Radicado — Firmado

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

91900129999515

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 252743942

PIB
18:00:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de agosto del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona FUNDACION APRENDER A VIVIR - EN LIQUIDACION identificado(a) con NIT número 8305077124:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 252743869

PIB
17:57:44
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de agosto del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79130214:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de agosto de 2024, a las 18:20:57, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	830507712
Código de Verificación	830507712240819182057

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de agosto de 2024, a las 18:19:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79130214
Código de Verificación	79130214240819181922

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/08/2024 06:33:26 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo** Nº. **79130214**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **100420553** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Dios y Patria
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910182
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
GOV.CO

209

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:51:31 horas del 06/09/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79130214,**
Apellidos y Nombres **PAEZ VALENCIA JOHN ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **fundacion aprender a vivir**, con NIT **830507712-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio de la cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co/8130/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 79130214 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 06/09/2024 01:04 PM

Código Verificación: **9JH65GFQE2**

Válida hasta: **05/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado Bancario

Viernes, 16 de agosto de 2024

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FUNDACION APRENDER A VIVIR identificado(a) con NIT 830507712, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	58973808816	2011/09/08	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Fundación Aprender a Vivir
Centro de Tratamiento de Adicciones y Trastornos del Comportamiento

Bogotá , 20 de Agosto de 2024

Señores

SECRETARIA DE GOBIERNO

Funza (Cundinamarca)

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA , identificado con la Cédula de Ciudadanía No, 79.130.214 como representante legal de FUNDACION APRENDER A VIVR con NIT 830507712-4, declaro y confirmo que la Fundación cuenta con los fondos en sus planes de inversión para dar cumplimiento al convenio a suscribir con la secretaria de Gobierno de Funza para el tratamiento de población con consumo problemático de sustancias psicoactivas bajo la modalidad de internado. Por lo tanto nos comprometemos a ejecutar los recursos y manifestamos que contamos con ellos. Para validar esta información adjuntamos certificación bancaria vigente.

Cualquier inquietud puede comunicarse a los numeros 4660000 O 3103330027

Coridalmente

FUNDACION APRENDER A VIVIR
Cordialmente,

JOHN ALEXANDER PAEZ
REPRESENTANTE LEGAL

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: Fundacion Aprender a vivir

SIGLA: F A A V.

NIT No. 830507772-4

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: [X] NAC. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO ¿CUÁL? _____

TIPO: 08 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 12 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA — PAÍS: Colombia — DEPARTAMENTO: Bogotá.

MUNICIPIO: Bogotá — DIRECCIÓN: Cra 71 # 53-52.

TELEFONOS: 3103330027. — FAX: — APARTADO AEREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 Servicio del Cuidado basico	2
3 al Consumidor de Sustancias	4
5 Psicoactivas	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
Alianza Sid.		X		Vigente	Indeterminado
Municipio de Funza - Alcaldia Funza	X			Terminado	$600.000.000
Regional Aseguramiento Salud - Pasto	X			Terminado	90.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Paez — SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Valencia. — NOMBRES: John Alexander

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] — NÚMERO: 79.130.214 — ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ] — CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 600.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, ~~CERTIFICO~~ QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA: [signature] — FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/08/2024.

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE — CIUDAD Y FECHA

CONTRATANTE

Cámara de Comercio de Bogotá

Bogotá D.C., 18 de mayo de 2018

Señora
VASQUEZ BERNAL MARIA CLARITZA
FUNDACION APRENDER A VIVIR
CL 48 NO. 72-10
BOGOTA D.C.

REF.: Traslado de Documentación.

Respetada Señora Vasquez:

La presente tiene como objeto informarle que hemos verificado el certificado de existencia y representación legal expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría de Salud, en el cual se manifiesta que de acuerdo al numeral primero del artículo tercero del Decreto 427 de 1996, esta institución está excluida del registro ante la Cámara de Comercio, como consecuencia de lo anterior y como se solicita en el documento, esta Cámara de Comercio pierde competencia para llevar el registro de esta entidad, debiendo ser remitida a la autoridad competente.

En consecuencia, dando cumplimiento a estos preceptos legales, la documentación que reposaba en los archivos de la Cámara de Comercio relativa a la **FUNDACION APRENDER A VIVIR**, está siendo trasladada a la Secretaría de Salud.

Por lo que procedemos a dar aviso a ustedes de esta circunstancia y a adoptar las medidas proporcionadas a esos hechos.

Con este traslado, por lo demás, hemos favorecido el cumplimiento por parte de la entidad de sus obligaciones y deberes legales, al disponer lo necesario para que su registro sea continuado por la autoridad competente y para propiciar el suministro de información a las autoridades llamadas a ejercer sobre ella sus

actos de control y vigilancia. Así hemos contribuido a que la Entidad se dirija a la autoridad que le corresponde.

Esperamos que nuestras razones y motivaciones sean compartidas por ustedes; y tenemos la certeza plena de haber procedido de manera que se garantizará la indemnidad de la Entidad, el estricto acatamiento de la ley y la perfecta satisfacción de sus intereses.

Por lo anterior, a partir de la fecha, cualquier inquietud o trámite pertinente a su entidad deberá ser adelantado ante dicha Entidad por ser ella la competente y en la que se encontrará la documentación antes mencionada.

Atentamente,

JUAN CARLOS CRUZ CALDERÓN
Coordinador del Registro de Entidades Sin Ánimo de Lucro.

AEC
Número de inscripción S0024153
Número identificación 0000063050771 24