Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF03
	FORMATO	CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL	Versión	02

(1) Contrato No.	252	de	Enero de 2024	
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			DANILO BONILLA MORALES	
(3) Dirección:	Cra 45 No 45-16 bloque 3 apto 904		(4) Teléfono:	3153389502
(5) Cédula y/o NIT:	79493424		(6) Correo electrónico:	dbonillam@minsalud.gov.co
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			**JULIO CESAR CUBILLOS ALZATE**	
(8) Dependencia:	Subdireccion de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		(9) No. Extensión o teléfono:	1941
(10) Objeto:	Prestación de Servicios Profesionales de apoyo al Ministerio, en el análisis, evaluación y diagnóstico de los soportes contables y financieros presentados por las empresas del aseguramiento en salud, con la finalidad de ejercer las funciones regulatorias de la Dirección de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud.			
(11) Plazo de ejecución:	11 MESES			
(12) Fecha de inicio:	29/01/2024		(13) Fecha terminación:	28/12/2024
(14) Valor inicial del contrato: $		$ 121.000.000,00		
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $		$ 11.000.000,00		
(16) Valor desplazamientos: $		$ 0,00		
(17) Adición ($):	N/A			
(18) Prórroga (tiempo)	N/A			
(19) Suspensión	N/A			
(20) Cesión:	N/A			
(21) Concepto del pago:	HONORARIOS CORRESPONDIENTES AL MES DE NOVIEMBRE DE 2024			

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
VIGENCIA 2023				
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VIGENCIA 2024				
$ 121.000.000,00	$ 99.733.333,00	$ 11.000.000,00	$ 0,00	$ 10.266.667,00
CESIÓN				
				$ 0,00
TOTAL				
$ 121.000.000,00	**$ 99.733.333,00**	**$ 11.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 10.266.667,00**

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	**937.500,00**	(28) Pensión valor aporte: $	1.275.000,00
(29) ARL: $	39.200,00		
(30) Planilla de pago No.	**81990425**	(31) Fecha:	2/12/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista, **Danilo Bonilla Morales**, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. **252** de **2024**, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

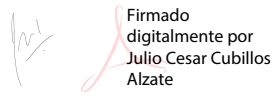
De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ Once Millones de Pesos m/cte.

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**



JULIO CESAR CUBILLOS ALZATE

(36) Fecha: Diciembre 02 de 2024 Bogotá D. C.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a7a2ca78a4c171517aaaae50c42a731b4f070b58599b89f8f11780e9d3a406ed9e8073f8fb97ad3ea343118ee2312ac6

Número de Factura: DBN-159
Fecha de Emisión: 02/12/2024
Fecha de Vencimiento: 12/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BONILLA MORALES DANILO
Nombre Comercial: BONILLA MORALES DANILO
Nit del Emisor: 79493424
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6920

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 45 45 16 BL 3 AP 904
Teléfono / Móvil: 3153389502
Correo: danilobonilla123@yahoo.es

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MINSALUD / MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900474727
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 13 32 76
Teléfono / Móvil: 3305000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0001	HONORARIOS	NIU	1,00	$ 11.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.000.000,00

Notas Finales

#$19-01-01-000;Contrato 252-2024;jcubillos@minsalud.gov.co#$
Honorarios correspondiente al mes de Noviembre contrato 252 de 2024
Linea de negocio: #$19-01-01-000;Contrato 252-2024;jcubillos@minsalud.gov.co#$

Datos Totales

Documento generado el:
02/12/2024 16:01:53
Documento validado por la DIAN:
02/12/2024 16:01:54
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	11000000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11000000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	11000000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 11000000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.000.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 11.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764072288088 Rango desde: 153 Rango hasta: 200 Vigencia: 2024-12-05

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79493424	DANILO BONILLA MORALES	CRA 45 45 16	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	81990425	$2.251.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	937.500	0		0		0	0	0	0	937.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.200.000	0	0	37.500	37.500	0	0		1.275.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.200				39.200	0	0	39.200			392	39.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	937.500	937.500
Pensión	1	1.275.000	1.275.000
Riesgos Laborales	1	39.200	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.251.700	2.251.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79493424	DANILO BONILLA MORALES		CRA 45 45 16	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	81990425	$2.251.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	79493424	BONILLA MORALES DANILO	59	0			N																	25-14	7.500.000	1.200.000	0	0	37.500	37.500	EPS008	7.500.000	937.500	14-23	7.500.000	1	39.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Salud	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	06

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo _**Danilo Bonilla Morales** identificado(a) con cedula de ciudadanía ___**79493424**_de_ Bogotá Contrato de Prestación de Servicios No: **252**

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1. Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente **SI (X) NO ( )**

2. Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI ( ) NO (X)**

3. Tengo otros contratos suscritos con el Estado **SI ( ) NO (X)**
   (Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)

4. Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT **SI ( ) NO (X)**
   (Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

5. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI ( ) NO (X)** aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.

   (Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda **SI (X) NO ( )**
   (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

   Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: **100 %.**

8. Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

9. Realizo aportes voluntarios Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

10. Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

11. Soy Pensionado **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

13. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (01) días del mes de Diciembre de 2024

Firma Electrónica

Firmado digitalmente por Danilo Bonilla Morales

Salud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

Contrato No.	252 DE 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DANILO BONILLA MORALES		
Nombre del supervisor y/o interventor	JULIO CESAR CUBILOS ALZATE	**Teléfono / Extensión**	1941
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD		
Objeto del contrato	Prestación de Servicios Profesionales de apoyo al Ministerio, en el análisis, evaluación y diagnóstico de los soportes contables y financieros presentados por las empresas del aseguramiento en salud, con la finalidad de ejercer las funciones regulatorias de la Dirección de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud		
Fecha de inicio	lunes, 29 de enero de 2024	**Fecha de terminacion**	sábado, 28 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	01 de noviembre de 2024 - 30 de noviembre de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Elaborar de manera concertada con el supervisor del contrato un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones	Se cumplió con la obligación, se entrega plan de trabajo.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_ 2024\CTO_DANILO_BONILLA _MORALES\Noviembre 2024	Se entrega el plan de trabajo
2	Apoyar la evaluación de la información contable y financiera presentada por las entidades del aseguramiento con el fin de establecer los recursos que deben destinarse para la financiación de los servicios y tecnologías en salud, así como los gastos de administración	Documento de reservas EPS Sura, Viceministerio de Salud	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_ 2024\CTO_DANILO_BONILLA _MORALES\Noviembre 2024	Se evidencia archivos.

3	Apoyar el diagnóstico de la situación económico-financiero de las EPS para establecer el gasto de administración y evaluar la siniestralidad de conformidad con las normas de prácticas financiera	Analisis de información financiera al cierre de 2023, EPS régimen contributivo.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Se evidencian Archivos
4	Apoyar la evaluación técnica de la implementación de la facturación electrónica en salud, en cuanto a los registro de las notas débitos, crédito y anticipos.	Se realizan reuniones durante el mes de noviembre de 2024. Se apoya en el proyecto de resolución 1884 de facturación electrónica	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Asiste a reuniones
5	Apoyar el análisis de la metodología para determinar el costo del SISPI en todo el territorio nacional.	Se asiste a reuniones de la Mesa permanente de concertación. Apoyo en el acto administrativo generado de la mesa de concertación.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Asisitio a reunion
6	Apoyar en el análisis, evaluación y diagnóstico de la situación financiera de las operaciones y actividades registradas por las EPS e IPS como insumo del estudio técnico de suficiencia.	Analisis en excel de la informacion al cierre de 2023 EPS e IPS. Entrega de informacion de las EPS estudio de suficiencia.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Se evidencia archivo de Excel

7	Apoyar la evaluación y diagnóstico de las tarifas en la prestación de los servicios de salud.	Se apoya en una reunion con con una reunion de actualización banco de sangre Dra. Diana Maria Librado.	N/A	N/A
8	Contribuir con el desarrollo de dos (2) boletines informativos1 en el marco de su objeto contractual	Boletin Metodologia de Costeo Sispi, para el componente de sabiduría Ancestral.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Se entrega Documento
9	Apoyar la respuesta de peticiones y consultas relacionadas con el objeto contractual.	Se asiste a las reuniones de viceministerio. Se apoya en las respuestas de contraloria y EPS.	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Noviembre 2024	Asistir a las reuniones programadas Word documento camel

OBLIGACIONES FRENTE 252AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO
Certifico que dí cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo descritas en el estudio previo durante el periodo del informe

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firmado digitalmente por Danilo Bonilla Morales

DANILO BONILLA MORALES
Fecha: 02/12/2024

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que: 1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐

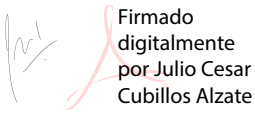
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

5. A la fecha SI ☐ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos.

OBSERVACIONES	Ninguna

En constancia, firmo:



JULIO CESAR CUBILLOS ALZATE
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., lunes, 02 de diciembre de 2024

fedeaa
FONDO DE EMPLEADOS

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

CERTIFICA QUE:

Con corte a Diciembre 31 de 2023, nuestro asociado(a) **DANILO BONILLA MORALES,** identificado con cédula de ciudadanía No. **79493424,** presento los siguientes saldos:

DEPOSITOS / APORTES

CONCEPTO	DOCUMENTO	SALDO	RENDIMIENTOS	RTE EN LA FUENTE
AHORRO VOLUNTARIO	22232	9,724,702	142,683	936
AUXILIO DIRECTIVOS	26317	2,438,630	0	0
AUX NAVIDEÑO	12398	74,390	0	0
AUX NAVIDEÑO	27359	150,000	0	0
AUX NAVIDEÑO	30070	150,000	0	0
CDAT	28925	0	1,026,025	74,457
CDAT	29337	0	288,889	22,902
CDAT	29582	240,000,000	9,400,000	660,569
CDAT	29833	155,000,000	3,676,944	260,219
PROYECTOS INVERSION	29714	14,125,247	27,147	1,900
APORTES ORDINARIOS	196	6,943,920	0	0
REVALORIZACION APOR	196	649,947	0	0
AHORRO PERMANENTE	196	2,607,280	49,117	287
INTAHO PERMANENTE	196	54,929	0	0
TOTALES		431,919,045	14,610,805	1,021,270

AUXILIOS

CONCEPTO	TOTAL RECIBIDO
AUXILIO COOPSERFUN Y COORSERPARK	49,992
FBS ACT AÑO	150,000

Saldo de créditos a Diciembre 31 de 2023

CREDITO VIVIENDA

Línea	Desembolso Inicial	Intereses Pagados	Capital Pagado	Saldo Capital
VIVIENDA NO VIS 80%	250,000,000.00	7,517,423.00	128,060,092.00	0.00
V. NO VIS 70% (>=21)	155,000,000.00	2,145,459.00	563,783.00	154,436,217.00
TOTALES	**405,000,000.00**	**9,662,882.00**	**128,623,875.00**	**154,436,217.00**

CREDITOS DE CONSUMO

Línea	Desembolso Inicial	Intereses Pagados	Capital Pagado	Saldo Capital

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

VIVIENDA NO VIS 80%	128,060,092.00	7,517,423.00	128,060,092.00	0
V. NO VIS 70% (>=21)	155,000,000.00	2,145,459.00	563,783.00	154,436,217
INM. DIF. A VI(>=21)	90,000,000.00	12,732,598.00	4,221,107.00	85,778,893
TOTALES	**373,060,092.00**	**22,395,480.00**	**132,844,982.00**	**240,215,110.00**

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Línea	**Desembolso Inicial**	**Intereses Pagados**	**Capital Pagado**	**Saldo Capital**
POLIZA HOGAR	617,068.00	0.00	692,329.00	0.00
LOS OLIVOS	92,008.00	0.00	90,008.00	8,834.00
POLIZA AUTO SURA	3,723,891.00	0.00	3,690,462.00	328,824.00
TOTALES	**4,432,967.00**	**0.00**	**4,472,799.00**	**337,658.00**

GMF	
BASE	29,806,504
VALOR RETENIDO	119,226

La suma retenida se consignó oportunamente en los bancos autorizados por la Dian en la ciudad de Bogotá D.C. Mediante el Decreto 728 de 2022, el Ministerio de Hacienda fijó en 100 % el monto del componente inflacionario que las personas naturales que no llevan contabilidad.

Esta certificación se expide a los VEINTE Y TRES (23) días del mes de Febrero de 2024, en la ciudad de Bogotá D. C.

NO REQUIERE FIRMA, ARTICULO 10 DECRETO 836 1991

CRA 102A #25H-45 OF 301-309
7562118
contador@fedeaa.com
www.fedeaa.com