NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-614-2023		**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales para el desarrollo de la estrategia de participación y apropiación social del conocimiento, edición y comunicación de los productos del Observatorio Nacional de Salud.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	1/11/2024	**HASTA:**	30/11/2024	

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligaciones Específicas:

1. **Elaborar y actualizar un cronograma de actividades, plan de trabajo y elementos conceptuales para la ejecución contractual.**

Avances:

- Se realizó la consolidación del cronograma de actividades al mes de noviembre de 2024.
- Se desarrolló el plan de trabajo, según el formato, y elementos conceptuales. Este fue entregado en diciembre de 2023

2. **Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.**

Avances:

- Se participó en construcción del análisis de la mesa Caribe Sur realizada en Montería. Para este fin se realizaron ajustes al contenido y una nueva edición del documento, el cual fue finalmente aprobado por la dirección del ONS.

- Se realizó la síntesis y se creó la presentación sobre la reseña crítica del Plan Nacional de Desarrollo en Genially, la cual fue utilizada durante el Foro organizado en la Universidad de Antioquia.

- Se escribió y plantearon referentes de diseño para la creación de una infografía sobre la metodología de regionalización del informe 16.
- Se redactó la sección 5.1. del informe 16 alrededor de las particularidades de los actores sociales participantes.

- Se creó una primera versión de un resumen tipo infografía para incluir al inicio del informe 16. Y se le realizaron ajustes.

3. **Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS**

Avances:

En el marco del desarrollo y construcción del informe 16 se realizó el proceso de edición de las siguientes secciones:

- Fichas de caracterización regional
- Un convite por la vida. Región Centro–Oriental
- El cuidado, la humanización y la apertura a visiones amplias e incluyentes en salud. Región Llanos-Cordillera
- Sobrevivir entre las brechas territoriales y el conflicto armado. Región Pacífico
- La salud pública y el interés colectivo son frágiles y susceptibles a la corrupción. Región Caribe Sur
- El envejecimiento y la multimorbilidad, nuevos desafíos en salud pública. Región Cafetero-Norte
- Una demanda por la visibilidad de la importancia de la región. Región Central-Cafetero
- Integralidad, salud mental y desigualdad: oportunidades para el fortalecimiento de políticas de Estado Región Caribe

Se realizó una revisión final de los documentos editados:

- La ficha de caracterización de la región central.

- La sección: una exigencia por la planificación y la articulación sectorial: región Central- Bogotá.

4. **Generar reportes de resultados de análisis en formato de artículo científico para divulgación.**

Avances:

- La entrega final del proceso de análisis del ejercicio de itinerancia de la experiencia Detrás del Wuinkat, está previsto se entregue en el mes de diciembre.

5. **Disponer los resultados de los análisis de información en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información.**

Avances:

- Los dos entregables iniciales, ya fueron terminados. El último producto relacionado está previsto para el mes de diciembre.

6. **Proveer respuestas a solicitudes y PQR externas de información de los temas de su competencia**

Avances:

- Durante el periodo no fueron solicitadas respuestas a PQR externas.

7. **Participar en las reuniones de análisis, discusión de los temas relacionados con los informes del ONS y en las reuniones de divulgación de los resultados del Observatorio Nacional de Salud.**

Avances:

Se asistió a la charla científica: análisis de datos de salud pública en la era de la inteligencia artificial.

8. **Identificar, consolidar y entregar las bases de datos empleadas en los análisis con las respectivas rutinas de análisis para los datos del ONS.**

- Este proceso se dio por terminado durante el mes de octubre.

9. **Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.**

- Se hizo presencia durante la realización de la auditoría externa al ONS.

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"



JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
Contratista

(1) Contrato No.	INS-CPS-614-2023		
(2) Nombre del Contratista:	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ		
(3) Cargo del supervisor:	Profesional especializada		
(4) Interventoría si ☐ no ■ Nombre:	N.A		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	cclavijo@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar los servicios profesionales para el desarrollo de la estrategia de participación y apropiación social del conocimiento, edición y comunicación de los productos del Observatorio Nacional de Salud.		
(7) Fecha de inicio:	4-DICIEMBRE-2023	**(8) Fecha terminación:**	30-DIC-2024
(9) Período objeto del informe:	1 al 30 de noviembre de 2024		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Elaborar y actualizar un cronograma de actividades, plan de trabajo y elementos conceptuales para la ejecución contractual.	- Se realizó la consolidación del cronograma de actividades al mes de noviembre de 2024. - El plan de trabajo fue entregado en diciembre de 2023	Cronograma Jacosta noviembre 2024	Ubicación archivos Workstation serie 25QSKQ3 Ruta: C:\ONS:\ Documentos\2023\ Supervisión_Juan_Camilo \ cuenta12
2. Generar e implementar la estrategia de apropiación social del conocimiento de los análisis producidos por el ONS para el público objetivo.	- Se participó en construcción del análisis de la mesa Caribe Sur realizada en Montería. Para este fin se realizaron ajustes al contenido y una nueva edición del documento, el cual fue finalmente aprobado por la dirección del ONS. - Se realizó la síntesis y se creó la presentación sobre la reseña crítica del Plan Nacional de Desarrollo en Genially, la cual fue utilizada durante el Foro organizado en la Universidad de Antioquia. - Se escribió y plantearon referentes de diseño para la creación de una infografía sobre la metodología de regionalización del informe 16.	- 20241107 R21_Caribe Sur, Monteria - Texto PPT Reseña Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 - Reseña crítica PND por ONS - Infografia Fichas de caracterización regional	Ubicación archivos Workstation serie 25QSKQ3 Ruta: C:\ONS:\ Documentos\2023\ Supervisión_Juan_Camilo \ cuenta12

	- Se redactó la sección 5.1. del informe 16 alrededor de las particularidades de los actores sociales participantes. - Se creó una primera versión de un resumen tipo infografía para incluir al inicio del informe 16. Y se le realizaron ajustes.	- 5.1. Particularidades de los actores sociales participantes - a. Hoja resumen ¿Qué son los diálogos regionales?	
3. Realizar una propuesta de ajuste de la traducción de conocimiento del informe del ONS	En el marco del desarrollo y construcción del informe 16 se realizó el proceso de edición de las siguientes secciones: - Fichas de caracterización regional - Un convite por la vida. Región Centro–Oriental - El cuidado, la humanización y la apertura a visiones amplias e incluyentes en salud. Región Llanos-Cordillera - Sobrevivir entre las brechas territoriales y el conflicto armado. Región Pacífico - La salud pública y el interés colectivo son frágiles y susceptibles a la corrupción. Región Caribe Sur - El envejecimiento y la multimorbilidad, nuevos desafíos en salud pública. Región Cafetero-Norte - Una demanda por la visibilidad de la importancia de la región. Región Central-Cafetero - Integralidad, salud mental y desigualdad: oportunidades para el fortalecimiento de políticas de Estado Región Caribe Se realizó una revisión final de los documentos editados:	- 3.3.1. Métodos ficha caracterización - R2 Centro Oriental, Duitama - R3 Llanos-cordillera, Neiva - R18 Pacífico, Quibdó - R21_Caribe Sur, Montería - R23 Cafetero norte, Medellín - R1 Central-Cafetero, Ibagué - R10 Caribe, Cartagena	Ubicación archivos Workstation serie 25QSKQ3 Ruta: C:\ONS:\ Documentos\2023\ Supervisión_Juan_Camilo \ cuenta12

	- La ficha de caracterización de la región central. - La sección: una exigencia por la planificación y la articulación sectorial: región Central- Bogotá	- ficha_ caracterización_ central_ bogotá - región_ central_Bogotá	
4. Generar reportes de resultados de análisis en formato de artículo científico para divulgación.	- La entrega final del proceso de análisis del ejercicio de itinerancia de la experiencia Detrás del Wuinkat, está previsto se entregue en el mes de diciembre.	N/A	N/A
5. Disponer los resultados de los análisis de información en formatos interactivos para la consulta por los usuarios de la información	- Los dos entregables iniciales, ya fueron terminados. El último producto relacionado está previsto para el mes de diciembre.	N/A	N/A
6. Proveer respuestas a solicitudes y PQR externas de información de los temas de su competencia	Durante el periodo no fueron solicitadas respuestas a PQR externas.	N/A	N/A
7. Participar en las reuniones de análisis, discusión de los temas relacionados con los informes del ONS y en las reuniones de divulgación de los resultados del Observatorio Nacional de Salud.	Se asistió a la charla científica: análisis de datos de salud pública en la era de la inteligencia artificial.	- 20241108 Análisis datos inteligencia artificial	Ubicación archivos Workstation serie 25QSKQ3 Ruta: C:\ONS:\ Documentos\2023\ Supervisión_Juan_Camilo \ cuenta12
8. Identificar, consolidar y entregar las bases de datos empleadas en los análisis con las respectivas rutinas de análisis para los datos del ONS.	- Este proceso se dio por terminado durante el mes de octubre.	N/A	N/A
9. Las demás que le sean asignadas por la Dirección del Observatorio Nacional de Salud, dentro del marco del objeto y obligaciones contractuales.	- Se hizo presencia durante la realización de la auditoría externa al ONS	- 20241120 Auditoría externa ONS	Ubicación archivos Workstation serie 25QSKQ3 Ruta: C:\ONS:\ Documentos\2023\ Supervisión_Juan_Camilo \ cuenta12

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado

1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retardo en entrega y productos por parte del contratista por circunstancias ajenas a su voluntad	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Seguimiento del cronograma y verificación de las actividades y el avance de cada una
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Revisión del contenido y avance de los documentos
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	las alteraciones del orden público en algunas entidades territoriales (lugar de ejecución),	pueden afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato ya que no permitiría que se realizaran asistencias técnicas	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Documento que evidencia las acciones a seguir en caso de alteraciones del orden público, antes, durante y después de la asistencia	Semestral	No se presentó esta situación
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Imposibilidad de realizar los desplazamientos necesarios para el desarrollo del objeto contractual por problemas de orden público y/o eventos naturales.	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Documento que evidencia las acciones a seguir en caso y alteraciones del orden público, antes, durante y después de la asistencia	Semestral	No se presentó esta situación
5	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Cambios regulatorios en materia administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	No se presentó esta situación

% DE AVANCE ACUMULADO	95%

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El/La 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.

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. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	N.A.

(13) En constancia, firmo:



CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA

NOMBRE Y FIRMA

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 4 de diciembre de 2024

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
		FOR-A09.2026-002	2024-08-16

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:		FEI:		SGR:	

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	71279430	CONTRATISTA:	JUAN CAMILO ACOTA GÓMEZ				
CONTRATO No.:	INS-CPS-614-2023	FECHA INICIO:	4/12/23	FECHA FINAL:	30/12/24		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	13924	VALOR HONORARIOS:	$ 7.800.000	PAGO NUMERO:	12	DE	13

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	SI	NO	NO	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 7.800.000	NO		$ 7.800.000,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	$ -			
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 7.800.000	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	$ 3.120.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 499.200	Porvenir
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 390.000	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 76.100	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 965.300	

PAGO PLANILLA			
ANTICIPADO			
PLANILLA DE PAGO No.	82056844	FECHA	29/11/24

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	NO	

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.706.500, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 753.040, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.506.000 correspondiente al mes pagado	SI		780.000
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/178.847.000			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 178.847.000			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	780.000

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 6.910.800	0,766%	$ 52.937
RETEFUENTE	$ 4.541.025	1,48	$ 13.000
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 65.936,73
TOTAL A PAGAR			$ 7.734.063,27

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Nombre supervisor	CLAUDIA CLAVIJO ARBOLEDA	Nombre supervisor	
Cargo	Profesional especializada	Cargo	
Dependencia	Observatorio Nacional de Salud	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 19
		FOR-A09.0000-013	2024-08-16

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Juan Camilo Acosta Gómez**, identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **71.279.430** de **Itagüí**, me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios**, con contrato número INS-CPS-614-2023

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	**NO**
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o 59.376.800 A 31 de diciembre de 2023. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 190.854.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT.	**SOY DECLARANTE DE RENTA**

INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:

De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

* Durante la vigencia 2023 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda *(adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2023).* Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022	**NO**
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T, *(adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)*	**NO**
* Durante la vigencia 2023 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T *(adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)*	**NO**
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)*	**NO**
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)*	**NO**
* Cumplo con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: *(marque con una x según corresponda)*	
X ° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	
° Soy persona natural y tengo hijos con edad entre los 18 y 23 años de edad, de los cuales me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. *(Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadania y registro civil de nacimiento)*	
° Tengo hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. *(Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadania y certificado de Medicina Legal).*	
° Mi cónyuge o compañero permanente se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. *(Adjunto certificado de convivencia, registro civil de matrimonio, cédula de ciudadania, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)*	
° Mis padres o mis hermanos se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. *(Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal).*	

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco
RC	1016917584	Julieta Acosta Alvarado	6	Hija
RC	1021319217	Arturo Acosta Alvarado	3	Hijo

La anterior se firma el 4 del mes diciembre del año 2024

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo

Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.

Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.

NOMBRE 2

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016917584

Indicativo Serial 59770309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA * * * * * * * * * * * * * * *	ALVARADO * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

JULIETA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes AGO Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	14972885-9 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ALVARADO BUSTOS BIBIANA MARCELA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52927055 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 71279430 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 71279430 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes AGO Día 24	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 828;24/08/2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS

Angela Shirley Mayorga ... C.C. 52...046

Edd Alberto Correa Carreño C.C. 80.073.865

SECRETARIA para auto DECRETO MARÍA ASTRID VILLAMIL QUINTERO

notaria 41
NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-69 Bogotá D.C. Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Esta hoja tiene un código QR, el cual, debe ser verificado por los usuarios y destinatarios a fin de que comprueben su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

Nº 25343

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1021319217

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55726184

55726184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 6 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 7 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA	ALVARADO

Nombre(s)
ARTURO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	162906964

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ALVARADO BUSTOS BIBIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52927055	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 71279430	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 71279430	71279430

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ENE Día 26	CARMEN LUCIA GERENA VANEGAS (E) Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Carmen Lucia Gerena Vanegas
Notaria (E)
NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

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	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ	Av Cll 53 N. 37A - 66 Apto 101	3163026013	jclis@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82056844	$1.135.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	450.000	0		0		0	0	0	0	450.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	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	87.700				87.700	0	0	87.700			877	87.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	21.600	0	0	21.600	1

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	450.000	450.000
Pensión	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	87.700	87.700
CCF	1	21.600	21.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.135.300	1.135.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ	Av Cll 53 N. 37A - 66 Apto 101	3163026013	jclis@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82056844	$1.135.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	71279430	ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO	59	0			N																	230301	3.600.000	576.000	0	0	0	0	EPS008	3.600.000	450.000	14-23	3.600.000	3	87.700	CCF24	3.600.000	21.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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