1. DATOS DEL CONTRATO			
Contrato No.	31699 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Hada Jhael González Castellanos		
Nombre del supervisor y/ointerventor	John Guibsson García Guerrero		
Dependencia	Subdirección de Proyectos - Dirección Gestión Catastral		
Objeto del contrato	Prestación de servicios profesionales para verificar y asegurar la calidad en la interrelación catastro – registro y capturar en las herramientas establecidas la información resultado de los procesos de actualización y/o formación catastral de acuerdo a las especificaciones técnicas de los productos catastrales. «Nivel 1».		
Fecha de inicio	05/04/2024	**Fecha de terminación**	31/12/2024
Período objeto del informe:	1 de diciembre al 15 de diciembre del 2024		

2. INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN			
No	**Obligación contractual**	**Actividad desarrollada**	**Observaciones / Evidencia**
1.	Realizar los reportes de análisis del cruce de las bases catastrales y registrales como herramienta de apoyo en el proceso de evaluación o aseguramiento de calidad de los procesos de actualización catastral con enfoque multipropósito.	En el periodo esta actividad no fue requerida por la entidad	No aplica
2.	Socializar los resultados generados por los cruces de interrelación de información catastral y registral en el proceso de evaluación o aseguramiento de calidad a los proyectos de actualización con enfoque multipropósito.	En el periodo esta actividad no fue requerida por la entidad	No aplica
3.	Realizar el seguimiento a la depuración de reportes entregados asociados a cruces de interrelación catastro - registro.	En el periodo esta actividad no fue requerida por la entidad	No aplica
4.	Apoyar en el ajuste de los procedimientos existentes que se solicite por parte del supervisor y participar en la propuesta de ajuste y documentación de nuevos procedimientos que sean requeridos.	Apoye en el ajuste de los procedimientos existentes que solicito el supervisor mediante la modificación del documento de preguntas frecuentes CICA.	oblig4
5.	Realizar las validaciones de oficina y/o campo que se requieran en el componente físico y jurídico de las bases catastrales para conceptuar la conformidad de los productos.	En el periodo esta actividad no fue requerida por la entidad	No aplica

6.	Asistir a las reuniones, conferencias, mesas de trabajo, comités y demás instancias que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Asistí a reuniones, conferencias, mesas de trabajo, comités y demás instancias asignado por mi supervisor. Reunión virtual sobre: Socialización Formato Cargue masivo CICA miércoles, 4 de diciembre 11:00 a. m. a 12:00 p. m. Reunión virtual sobre: Apoyo los municipios de: Dibulla, Ataco, Chaparral, Aracataca y Ciénaga del periodo 1 de diciembre al 15 de diciembre.	oblig6
7.	Realizar el almacenamiento de los productos de información desarrollados con vocación de las actividades del contrato de acuerdo a los lineamientos técnicos definidos por la Subdirección de proyectos.	En el periodo esta actividad no fue requerida por la entidad	No aplica
8.	Garantizar que las actividades a su cargo respondan a los lineamientos establecidos en el modelo integrado de planeación y gestión.	Realicé las actividades conforme a los instructivos y lineamientos de aseguramiento de calidad entregados por la subdirección de proyecto.	oblig8
3. REPORTES MENSUALES PARA ENTREGAR			
3.1 Informe actividades.			

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

Firma del Contratista

NOTA. El informe presentado, evidencia la ejecución contractual de las actividades sobre las cuales se desplegaron acciones en el periodo correspondiente.

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	1014259367	HADA JHAEL GONZALEZ CASTELLANOS	KR 45 # 59A-55 SUR	7964110	hada.jgc@gmail.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	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82537607	$396.600	

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	170.800	0		0		0	0	0	0	170.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	218.600	0	0	0	0	0	0		218.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.200				7.200	0	0	7.200			72	7.200	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				



1.014.259.367

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	170.800	170.800
Pensión	1	218.600	218.600
Riesgos Laborales	1	7.200	7.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.600	396.600

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	1014259367	HADA JHAEL GONZALEZ CASTELLANOS		KR 45 # 59A-55 SUR	7964110	hada.jgc@gmail.com
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	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82537607	$396.600	

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	1014259367	GONZALEZ CASTELLANOS HADA JHAEL	59	0			N																	230201	1.366.000	218.600	0	0	0	0	EPS008	1.366.000	170.800	14-11	1.366.000	1	7.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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