AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO			
	FORMATO 65 ACTA DE RECIBO PARCIAL 1			
Principio de procedencia: 1401.092	**Clave: GCON-1.0-12-005**	**Versión:2**	**Fecha: 04/Oct/2019**	**Página: 1 de 6**

CONDICIONES GENERALES

NÚMERO DE CONTRATO	**20000616- H3**
CLASE DE CONTRATO	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO – PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA MININA CUANTIA.
CONTRATANTE	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONÁUTICA CIVIL – AEROCIVIL
CONTRATISTA	**LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO C.C.# 10.141.207**
OBJETO	**RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE**
VALOR	SESENTA MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M.CTE. ($60.574.137, oo)
PLAZO	Ocho (8) meses
CDP	13720 del 27 de marzo del 2020
RP	24720 del 16 de abril del 2020
FECHA LEGALIZACIÓN	17 de abril del 2020
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	GRACIELA GOMEZ DIAZ

En la ciudad de Palmira, a los 21 días del mes de agosto de 2020 se reunieron con el fin de recibir la primera entrega a satisfacción del servicio, objeto del presente contrato: **PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE**, el Dr. **LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO**, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 10.141.207 de Pereira, obrando en calidad de contratista y la Dra. **GRACIELA GOMEZ DIAZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.976.198 de Cali, designada por la Entidad como Supervisora para ejercer la vigilancia y control del contrato.

ANX3

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO			
	FORMATO 65 ACTA DE RECIBO PARCIAL 1			
Principio de procedencia: 1401.092	**Clave: GCON-1.0-12-005**	**Versión:2**	**Fecha: 04/Oct/2019**	**Página: 2 de 6**

CONDICIONES LEGALES

FECHA ACTA DE INICIO: 18 de abril de 2020

SUSPENSIONES: **N.A.**

LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIONES: **N.A.**

PRÓRROGAS: **N.A.**

ADICIONES EN VALOR: **N.A.**

PERIODO RECIBO ACTA PARCIAL Nro. 1: **ABRIL 18 DE 2020 A AGOSTO 21 DE 2020**

ACTIVIDADES EJECUTADAS

En el presente contrato se pactó la renovación de certificado médico para 83 funcionarios de las áreas Técnicas de BOMBEROS, OPERADORES DE ESTACIONES AERONAUTICAS - A.I.M Y CONTROLADORES DE TRANSITO AEREO-C.T.A los cuales incluía la realización de exámenes médicos especializados y paraclínicos, conforme a la Tabla Nro. 4 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE - CTA - CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO y Tabla Nro.5 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE – OPERADORES DE ESTACIÓN AERONÁUTICA Y BOMBEROS AERONAUTICOS vigencia 2020, expedida por la Secretaria de Seguridad Operacional y de la Aviación Civil – Dirección de Estándares de Vuelo - Grupo de Factores Humanos, Educación y Certificación Aeromédica. La tabla descrita anteriormente junto con la relación de funcionarios a certificar en este contrato fue entregados al contratista oportunamente.

Durante el periodo 18 de abril al 21 de agosto de 2020 se realizaron exámenes a un total de 27 funcionarios técnicos, a saber: 6 funcionarios AIM, 19 funcionarios CTA y 2 funcionarios SEI de la Regional Valle

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO			
	FORMATO 65 ACTA DE RECIBO PARCIAL 1			
Principio de procedencia: 1401.092	Clave: GCON-1.0-12-005	Versión:2	Fecha: 04/Oct/2019	Página: 3 de 6

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRES	APELLIDOS	NOMBRE CARGO	NOMBRE CENTRO DE COSTO	EDAD AL 2020	VALOR
1	79368544	WILSON	QUEVEDO ACOSTA	TECNICO AERONAUTICO V	AIM CALI	55	$ 1.154.999
2	1144185767	CHRISTIAN	RENGIFO ALVAREZ	AUXILIAR IV	AIM CALI	25	$ 555.199
3	1093227472	DAVID	RODRIGUEZ VALENCIA	AUXILIAR IV	AIM CARTAGO	24	$ 323.733
4	1098721823	JENNIFFER PAOLA	VELASCO PRADA	AUXILIAR IV	AIM CARTAGO	28	$ 555.199
5	15903279	JORGE	MEJIA BOTERO	TECNICO AERONAUTICO V	AIM PEREIRA	59	$ 1.154.999
6	51674455	LUZ EDITH	PROANOS ARTUNDUAGA	TECNICO AERONAUTICO VI	AIM PEREIRA	58	$ 1.154.999
7	80427618	WILDER	SEPULVEDA MORA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	54	$ 460.733
8	79044446	MIGUEL ANTONIO	MOLANO RAMIREZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	56	$ 460.733
9	12986236	EDGAR JESUS	NARVAEZ DEL CASTILLO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	54	$ 460.733
10	80427596	HECTOR HERNANDO	CORREDOR GARZON	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	53	$ 460.733
11	1020776864	SEBASTIAN	PENAGOS RODRIGUEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	28	$ 323.733
12	79157700	MARLON JAIME	TORRES GOMEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	57	$ 460.733
13	19254866	EDGAR	ALCAZAR TORO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	66	$ 1.333.999
14	13013205	MILTON GUSTAVO	BENAVIDES QUISTIAL	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	57	$ 460.733
15	51941320	MARIA CLAUDIA	TORRES HURTADO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	50	$ 1.154.999
16	12994153	LEIDER YOMARY	SANTACRUZ OBANDO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	51	$ 1.154.999
17	3094110	ALFONSO	SOTO LASPRILLA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	63	$ 869.733
18	79467779	JOSE REMIGIO	MESA CASTRO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	51	$ 1.154.999
19	19474914	LUIS ROBERTO	MEJIA ALFONSO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	59	$ 460.733
20	80099056	JHON ALEXANDER	PEREZ MORENO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	37	$ 460.733
21	16073631	JHON EDISSON	HERRERA RODRIGUEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	38	$ 460.733
22	19395386	OSCAR	CERON PEDRAZA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	60	$ 1.333.999
23	79056970	GUSTAVO	LOPEZ MARTINEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	52	$ 460.733
24	19298643	CARLOS EMILIO	PEREZ VILLARRAGA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	63	$ 869.733
25	3093822	JAIRO ALONSO	LOAIZA RUIZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	66	$ 1.333.999
26	1130625001	EDULFAY	CARDONA VALENCIA	BOMBERO AERONAUTICO I	SEI BUENAVENTURA	34	$ 835.332
27	16222036	ALEXANDER	CHAPARRO OCAMPO	BOMBERO AERONAUTICO I	SEI CALI	52	$ 1.154.999

Anv94

CONDICIONES FINANCIERAS

VALOR DEL CONTRATO

SESENTA MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M.CTE. ($60.574.137,oo)

VALOR ACTA PARCIAL Nro. 1

VEINTIUN MILLONES VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M.CTE. ($ 21.026.982,oo)

FORMA DE PAGO:

La AEROCIVIL pagará el valor del contrato así: el valor total adjudicado por medio de UN (1) ACTA PARCIAL, que se levantara a la mitad del plazo de ejecución y con base a los exámenes médicos realizados y UN (1) ACTA DE RECIBO FINAL, previa certificación del recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato, donde se mencionen los servicios efectivamente prestados, acompañado de una factura comercial o cuenta de cobro (lo que aplique) y los soportes de pagos parafiscales del contratista

DESARROLLO FINANCIERO DEL CONTRATO

ANTICIPO: N.A.

ACTAS DE RECIBO PARCIAL: Nro. 1

NOTA 1: En caso de contratos de obra u otro que tenga pactado anticipo debe registrarse los datos correspondientes a su valor y amortización.

NOTA 2: El valor de **otros descuentos** corresponde a aquellos valores que le serán descontados al contratista por concepto de sanciones (multas, cláusula penal, entre otros) o de impuestos (Iva, 5% contribución ciudadana, Ica, Retefuente).

NOTA3: En el evento que de acuerdo con cada contrato no aplique consignar algún dato o valor debe colocarse una raya o cero según el caso.

VALOR EJECUTADO Y PENDIENTE DE PAGO

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO $ **60.574.137**
VALOR DEL CONTRATO ADICIONAL $ _____
VALOR CONTRATOS REAJUSTES $ _____

VALOR TOTAL EJECUTADO $ **21.026.982**
VALOR NO EJECUTADO $ **39.547.155**

VALOR PAGADO $ _____
VALOR DESCUENTOS $ _____
VALOR PENDIENTE PAGO $ **60.574.137**

TOTALES	$**60.574.137**	$**60.574.137**	$ **60.574.137**

NOTA 1: Los totales deben dar sumas iguales

NOTA 2: En el evento que de acuerdo con cada contrato no aplique consignar algún dato o valor debe colocarse una raya o cero según el caso.

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El supervisor y/o interventor del presente contrato deja constancia que verificó el pago de los aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, de conformidad a las certificaciones de paz y salvo, presentadas por el representante legal del contratista o revisor fiscal, según el caso.

CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

Si los bienes utilizados en la ejecución del contrato son importados, el supervisor debe:

1. Certificar que verificó el documento de declaración de importación con la autorización de levante, para constatar el cumplimiento de las obligaciones fiscales y aduaneras del proceso de importación de estos.
2. Anexar al acta copia del certificado de declaración de importación.

GARANTÍAS

El contratista se compromete a prorrogar o adicionar las garantías contractuales de acuerdo con lo establecido en la aceptación de la Oferta mínima cuantía – clases de amparo.

Anx 9

Para constancia de lo anterior, se firma la presente Acta de Recibo Parcial Nro. 1 por los que en ella intervinieron.

LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO
CONTRATISTA

GRACIELA GOMEZ DIAZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO.

Vo. Bo. _____
Dr. MILTON CESAR SANCHEZ PEREZ
Director Aeronáutico Regional Valle II

Proyectó: Graciela Gómez Díaz – Profesional Aeronáutico – Grupo Administrativo y Financiero Regional Valle.

Leonardo Iván López Hurtado
NIT: 10.141.207-9
Médico y Cirujano - UPT
Especialista en Salud Ocupacional - U. Libre
Cra. 18 No. 12-75 Torre 2 Cons. 604
Megacentro Pinares Tels: 333 0100 - 3218535902
Pereira - Risaralda

Fecha Factura: 24/08/2020
Fecha Vencimiento: 23/09/2020

FACTURA DE VENTA
No. M 2376

Nombre: AERONAUTICA CIVIL
Dirección: AEROPUERTO ALFONSO BONILLA 3 PISO
Ciudad: Cali

Cédula o NIT: 899.999.0593
Teléfono: 4185000
Forma Pago: CREDITO 30 DIAS

CANT.	CONCEPTO	Vr. Unitario	Valor Total
1	CONSULTA PILOTO Contrato No. 20000616-H3-2020 Objeto: RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AERONAUTICA REGIONAL VALLE	21.026.982	21.026.982

Esta factura es un titulo valor y su normatividad está conforme a la ley 1231 de 2008.
Resol. DIAN 18763001945284 Del 2019/11/25 Autoriza Numeración del M 2001 Al M 3500
Actividad principal # 8621 exenta de IVA según artículo 476 del estatuto tributario

TOTAL $ 21,026,982

Impreso Por Oceanic Casa de Software Ltda Nit: 900.211.550-1 www.oceanicsa.com

Acepto Conforme

C.C/NIT

CIVIL
lo: R 2020069806 Fecha:02/09/2020 12:24:13.0
star favor citar este numero
o. GRUPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO VALLE
12 - CUENTAS
RECIBIDO

Anv 96

:IVIL
lo: R 2020069806 Fecha:02/09/2020 12:24:13.0
star favor citar este numero
o. GRUPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO VALLE
12 - CUENTAS
RECIBIDO



Leonardo Iván López Hurtado
NIT: 10.141.207-9
Médico y Cirujano - UPT
Especialista en Salud Ocupacional - U. Libre
Cra. 18 No. 12-75 Torre 2 Cons. 604
Megacentro Pinares Teis: 333 0100 - 3218535902
Pereira - Risaralda

Fecha Factura: 24/08/2020
Fecha Vencimiento: 23/09/2020

FACTURA DE VENTA
No. M 2376

Nombre: AERONAUTICA CIVIL
Dirección: AEROPUERTO ALFONSO BONILLA 3 PISO
Ciudad: Cali

Cédula o NIT: 899.999.0593
Teléfono: 4185000
Forma Pago: CREDITO 30 DIAS

CANT.	CONCEPTO	Vr. Unitario	Valor Total
1	CONSULTA PILOTO Contrato No. 20000616-H3-2020 Objeto: RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE	21.026.982	21.026.982

Esta factura es un titulo valor y su normatividad está conforme a la ley 1231 de 2008.
Resol. DIAN 18763001945284 Del 2019/11/25 Autoriza Numeración del M 2001 Al M 3500
Actividad principal # 8621 exenta de IVA según artículo 476 del estatuto tributario

TOTAL $ 21,026,982

Impreso Por Oceanic Casa de Software Ltda Nit: 900.211.550-1 www.oceanicsa.com

Acepto Conforme

C.C/NIT

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO			
	FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL			
Principio de procedencia: 1401.092	**Clave: GCON-1.0-12-046**	**Versión: 02**	**Fecha: 04/oct/2019**	**Página:** 1 de 5

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 3
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 3
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 6

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**20000616- H3**
Nombre del Contratista:	**LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO C.C. # 10.141.207**
Periodo informe:	**Abril 18 de 2020 a agosto 21 de 2020**
Nombre de Supervisor:	**GRACIELA GOMEZ DIAZ**
Nombre del Interventor:	
Área perteneciente:	**Grupo Administrativo y Financiero Regional Valle.**

2. OBJETO DEL CONTRATO

RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE (Indicar el objeto del contrato.)

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

En el presente contrato se pactó la renovación de certificado médico para 83 funcionarios de las áreas Técnicas de BOMBEROS, OPERADORES DE ESTACIONES AERONAUTICAS - A.I.M Y CONTROLADORES DE TRANSITO AEREO-C.T.A los cuales incluía la realización de exámenes médicos especializados y paraclínicos, conforme a la Tabla Nro. 4 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE - CTA - CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO y Tabla Nro.5 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE – OPERADORES DE ESTACIÓN AERONÁUTICA Y BOMBEROS AERONAUTICOS vigencia 2020, expedida por la Secretaria de Seguridad Operacional y de la Aviación Civil – Dirección de Estándares de Vuelo - Grupo de Factores Humanos, Educación y Certificación Aeromédica. La tabla descrita anteriormente junto con la relación de funcionarios a certificar en este contrato fue entregados al contratista oportunamente.

Anx 98

Durante el periodo 18 de abril al 21 de agosto de 2020 se realizaron exámenes a un total de 27 funcionarios técnicos, a saber: 6 funcionarios AIM, 19 funcionarios CTA y 2 funcionarios SEI de la Regional Valle

PERÍODO: 18 de abril al 21 de agosto de 2020		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1. El contratista deberá adquirir a su propio costo todas las pólizas que requiera la Entidad para la presente contratación. 2. Las actividades logísticas que demande el presente contrato (asignación de citas, reprogramación de valoraciones, elaboración de informes y similares serán asumidos por el contratista). 3. En caso de que sea necesaria la repetición de pruebas diagnósticas por validación del procedimiento seguido en la prueba, el contratista asumirá los costos adicionales que se causen por la repetición de la prueba. 4. Realizar los exámenes complementarios requeridos de acuerdo con el tipo de certificado médico y edad del paciente, en cumplimiento del RAC 67. 5. Realizar todos los exámenes paraclínicos y valoraciones por médicos especialistas que debe realizar al funcionario de acuerdo al tipo y edad. 6. Informar a la Dirección de Medicina Y Licencias Técnicas, oportunamente cuando haya un caso especial (Que no cumple requisitos para expedir certificado médico). 7. El médico deberá enviar fichas médicas, cada fin semana del personal certificado para incorporarlas al sistema, archivo y actualizar su historia clínica. 8. Es importante aclarar que absolutamente todos los insumos (sabanas desechables, baja lenguas, aplicadores, batas, desechables), recursos (equipos de órganos de los sentidos, fonendoscopios, tensiómetro), papelería (según formatos de Aerocivil) etc., que se requieran para la prestación del servicio deben ser suministrados por el contratista. 9. Acreditar al supervisor del contrato, para cada uno de los pagos, que se encuentra al día en los pagos por concepto de seguridad social (Pensión, Salud y ARL), de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Ante el incumplimiento de estas obligaciones, AEROCIVIL dará aviso de tal situación a las autoridades competentes. 10. Quedan sujetos al código de ética de AEROCIVIL especialmente en lo relacionado con las causales de conflicto de intereses. 11. Atender a los clientes internos y externos de AEROCIVIL de manera cordial, eficiente y oportuna. 12. Apoyar en las actividades para la implementación de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, protección de datos, participación y servicio al ciudadano; así como en el seguimiento permanente del cumplimiento de los requisitos normativos en el marco de su objeto contractual.	El contratista dio cumplimiento a cada una de sus obligaciones, reportó oportunamente la información de los certificados médicos a través del aplicativo SIGA. Mantuvo comunicación permanente con la Coordinación del Grupo de Factores Humanos, Educación y Certificación Aeromédica, realizó renovación de certificaciones conforme a la programación remitida por esta supervisión.	1. Aplicativo institucional SIGA. 2. Certificado médico entregado a cada uno de los funcionarios técnicos. 3. Planillas de asistencia-consultorios médicos. 4. Copia de las planillas médicas anexas en el informe del contratista.

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

1. El contratista presentó las pólizas requeridas por la Entidad para la presente contratación, las cuales fueron legalizadas ante la Dirección Aeronáutica Regional Valle.
2. El contratista cumplió con la asignación de citas, elaboración de informes y remisión de historias clínica a la Coordinación de Certificación Aeromédica.
3. El contratista realizó en el aplicativo institucional SIGA el proceso de certificación médica, generando el respectivo certificado.
4. El contratista dio cumplimiento a las actividades específicas para los médicos examinadores que se encuentran contempladas en el RAC 67, Apéndice 1, numeral 67.A.010, item f, g y h.
5. Presentación de la certificación de la capacitación al SGSST
6. El contratista acreditó que se encuentra al día en los pagos por concepto de seguridad social (Pensión, Salud y ARL), de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

No se le entregaron bienes al contratista

5. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

Sin observaciones

6. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

Sin observaciones

a. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	SI
2	Tipo de riesgo	Riesgo de Orden Público- Emergencia Sanitaria por COVID-19
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	El Gobierno nacional decreta la Emergencia Sanitaria y ordena el aislamiento obligatorio y preventivo. Se suspenden actividades medicas generales, lo que genera el posible vencimiento de los certificados médicos.
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	La Aeronáutica Civil, a través de la circular # 1 y 2 expedida por la Secretaria de Seguridad Operacional y de la Aviación Civil establece medidas operacionales para prorrogar las certificaciones médicas y adelantar tele consultas médicas

Anv 99

		que permitan a los funcionarios mantener sus certificados médicos vigentes.
5	¿Fue oportuna la mitigación?	SI
OBSERVACIONES: Se han realizado las renovaciones médicas, dando cumplimiento a protocolos de bioseguridad y medidas de autocuidado.		

b. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1 EXAMEN OCUPACIONAL

¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE?	
SI	**NO**
XX	
¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?	
SI	**NO**
XX	

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN	**FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN**
20 de agosto de 2020	

5.2.2. CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	
SI	**NO**
X	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	
20 de agosto de 2020	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1		
2		

NOTA: este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección Administrativa informe.**

7. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

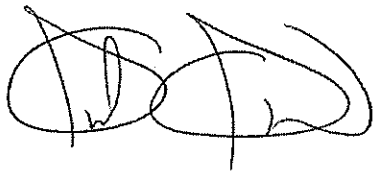
DETALLE	FECHA	VALOR FACTURA	SALDO
VALOR DEL CONTRATO	$60.574.137		
PRIMER PAGO	Agosto 21 de 2020	$ 21.026.982	$ 39.547.155
SEGUNDO PAGO			

b. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

Se ha realizado el **34.71 %** de las actividades indicadas en el presente contrato.

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.



GRACIELA GOMEZ DIAZ
C.C. Nro. 31.976.198 de Cali.
SUPERVISOR

NOTA: SI EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERE AÑADIR CAMPOS PARA RENDIR SU INFORME PUEDE HACERLO.

101



PEREIRA - 2020-08-20

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO

Tipo documento	Numero documento	Celular
CEDULA DE CIUDADANIA	10141207	3104234206
Genero	**Edad**	**Entidad**
MASCULINO	49 Años 1 Meses 10 Dias	PARTICULAR

INFORMACION GENERAL

TIPO DE EXAMEN
EXAMEN DE INGRESO
ENFASIS
OSTEOMUSCULAR
CARGO ACTUAL
CONTRATISTA
NIVEL DE ESCOLARIDAD
ESPECIALIZACION

EPS	ARL	AFP	TIPO DE SANGRE
NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	O+

REVISION POR SISTEMAS

VISUAL Y AUDITIVO
NORMAL
HALLAZGOS

CONCEPTO.

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES GENERALES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO DIARIO POR 30 MINUTOS
ADECUADA HIGIENE POSTURAL
SEGUIR EL MANUAL VIGENTE DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA EMPRESA
REPORTAR TODO ACCIDENTE O INCIDENTE QUE OCURRA EN EL TRABAJO
REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES
VALORACION ANUAL POR MEDICINA LABORAL

LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO
CC 10141207

Catalina Sánchez

CINDY CATALINA SANCHEZ TORRES
LPSSO NO 1891-13 MEDICO SALUD OCUPACIONAL

Titulo	Descripción
Tema	Aprobación evaluación para el proceso de inducción o reinducción SG-SST Salud Ocupacional
Fecha	20/08/2020
N° Documento	10141207
Nombres	LEONARDO IVAN
Apellidos	LOPEZ HURTADO
Empresa	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO
Email	leolopez000@hotmail.com
Proceso	Inducción
Resultado	Aprobado
Puntaje	80%

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL 1401.092	FORMATO **ACTA DE INICIO**

NÚMERO DE CONTRATO	20000616-H3
CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATANTE	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONÁUTICA CIVIL – AEROCIVIL
CONTRATISTA	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO. C.C. # 10.141.207
OBJETO	RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE
VALOR	$60.574.137
PLAZO	8 meses
CDP	13720 del 27 de marzo de 2020
RP	24720 del 16 de abril de 2020
FECHA LEGALIZACIÓN	17 de abril de 2020
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	GRACIELA GOMEZ DIAZ.

En la ciudad de Palmira, a los 18 días del mes de Abril de 2020 se reunieron con el fin de dar inicio a la ejecución del presente contrato el Dr. **LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO**, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 10.141.207 de Pereira, obrando en calidad de contratista y la Dra. **GRACIELA GOMEZ DIAZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Nro.

31.976.198 de Cali, designada por la Entidad como Supervisora para ejercer la vigilancia y control del contrato.

LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO
C.C.# 10.141.207 de Pereira.
CONTRATISTA

GRACIELA GOMEZ DIAZ
C.C.#31.976.198 de Cali.
SUPERVISORA DEL CONTRATO.

INFORME DE ACTIVADES

FECHA DEL INFORME	AGOSTO 21 DE 2020
CONTRATO Nro.	**Contrato de prestación de servicios No.20000616-H3-2020**
OBJETO:	RVLC0774 PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL PERSONAL TECNICO PARA LA RENOVACION DE LA LICENCIA AEROMEDICA REGIONAL VALLE
VALOR:	SESENTA MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M.CTE. ($60.574.137)
PLAZO	OCHO (8) MESES
PERIODO FACTURADO	18 DE ABRIL DE 2020 AL 21 DE AGOSTO DE 2020

1.- Conforme a la información suministrada por la AERONAUTICA CIVIL, se realizaron un total de veintisiete (27) renovaciones de certificados médicos.

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRES	APELLIDOS	NOMBRE CARGO	NOMBRE CENTRO DE COSTO	EDAD AL 2020	VALOR
1	79368544	WILSON	QUEVEDO ACOSTA	TECNICO AERONAUTICO V	AIM CALI	55	$ 1.154.999
2	1144185767	CHRISTIAN	RENGIFO ALVAREZ	AUXILIAR IV	AIM CALI	25	$ 555.199
3	1093227472	DAVID	RODRIGUEZ VALENCIA	AUXILIAR IV	AIM CARTAGO	24	$ 323.733
4	1098721823	JENNIFFER PAOLA	VELASCO PRADA	AUXILIAR IV	AIM CARTAGO	28	$ 555.199
5	15903279	JORGE	MEJIA BOTERO	TECNICO AERONAUTICO V	AIM PEREIRA	59	$ 1.154.999
6	51674455	LUZ EDITH	PROANOS ARTUNDUAGA	TECNICO AERONAUTICO VI	AIM PEREIRA	58	$ 1.154.999
7	80427618	WILDER	SEPULVEDA MORA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	54	$ 460.733
8	79044446	MIGUEL ANTONIO	MOLANO RAMIREZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	56	$ 460.733
9	12986236	EDGAR JESUS	NARVAEZ DEL CASTILLO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	54	$ 460.733
10	80427596	HECTOR HERNANDO	CORREDOR GARZON	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	53	$ 460.733
11	1020776864	SEBASTIAN	PENAGOS RODRIGUEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	28	$ 323.733
12	79157700	MARLON JAIME	TORRES GOMEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	57	$ 460.733
13	19254866	EDGAR	ALCAZAR TORO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	66	$ 1.333.999
14	13013205	MILTON GUSTAVO	BENAVIDES QUISTIAL	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	57	$ 460.733
15	51941320	MARIA CLAUDIA	TORRES HURTADO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	50	$ 1.154.999
16	12994153	LEIDER YOMARY	SANTACRUZ OBANDO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	51	$ 1.154.999
17	3094110	ALFONSO	SOTO LASPRILLA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	63	$ 869.733
18	79467779	JOSE REMIGIO	MESA CASTRO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA CALI	51	$ 1.154.999
19	19474914	LUIS ROBERTO	MEJIA ALFONSO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	59	$ 460.733
20	80099056	JHON ALEXANDER	PEREZ MORENO	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	37	$ 460.733
21	16073631	JHON EDISSON	HERRERA RODRIGUEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	38	$ 460.733
22	19395386	OSCAR	CERON PEDRAZA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	60	$ 1.333.999
23	79056970	GUSTAVO	LOPEZ MARTINEZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	52	$ 460.733
24	19298643	CARLOS EMILIO	PEREZ VILLARRAGA	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	63	$ 869.733
25	3093822	JAIRO ALONSO	LOAIZA RUIZ	CONTROLADOR TRANSITO AEREO	CTA PEREIRA	66	$ 1.333.999
26	1130625001	EDULFAY	CARDONA VALENCIA	BOMBERO AERONAUTICO I	SEI BUENAVENTURA	34	$ 835.332
27	16222036	ALEXANDER	CHAPARRO OCAMPO	BOMBERO AERONAUTICO I	SEI CALI	52	$ 1.154.999

2.- Que de acuerdo con la edad que presenta el funcionario a la vigencia 2020 se clasificaron dentro de la Tabla Nro. 4 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE - CTA - CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO y Tabla Nro.5 de Requisitos Médicos y Paraclínicos y Tarifas - TERCERA CLASE – OPERADORES DE ESTACIÓN AERONÁUTICA Y BOMBEROS AERONAUTICOS vigencia 2020.

3.- Que toda la logística que demanda el presente contrato en lo pertinente a la asignación de citas, reprogramación de valoraciones, elaboración de informes y similares fueron asumidos por el contratista.

4.- Que el suscrito Medico examinador dio cumplimiento a las actividades específicas se encuentran contempladas en el RAC 67, Apéndice 1, numeral 67.A.010, ítem f, g y h. y detalladas en el Anexo técnico de esta contratación.

5.- Que las fichas médicas e historia clínica de cada uno de los funcionarios evaluados fueron incluidas en el aplicativo electrónico establecido por la AERONAUTICA CIVIL y los soporte en físico fueron enviados a la Coordinadora del Grupo de Factores Humanos, Educación y Certificación Aeromédica en Bogotá, con las correspondientes observaciones.

6.- Por ultimo se anexa la evidencia de las evaluaciones realizadas e indicadas en este informe.

Atentamente,

LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO
Contratista
Medico Examinador.

	ATENCION DOCTOR LEONARDO LOPEZ CONSULTORIO 604 TORRE 2				
FECHA	NOMBRE	CEDULA	TELEFONO	TIPO EXAMEN	EMPRESA
03/03/2020	Daniel Sanchez	1088300093	3105359060	Consulta	Avianca
04-03/2020	MARLEN Ariza	16.359.218	3108440231	Consulta (certificado)	E.A.P.
04-03-2020	Juan Pablo Llanes	1088304310	3002935941	Consulta	Avianca
04-03-2020	Samuel A. Sierra Parra	1225090979	3023552397	Certificado.	EAP
05-03-2020	Oscar Marquez R.	1297075350	3212843042	Anual	E.A.P.
05/03/2020	Duberly Patiño G.	1060268673	3104695183	Certificado	Particular
09/03/2020	Mario Alexander Ossa P.	18469859	312 8716324	Certificado	Particular
09-III-2020	Jose Fabian Vargas	9771721	302 292 3875	Consulta	Avianca
09-III-2020	Juan Pablo Llanes	1088304310	3002935941	Consulta	Avianca
10-03-2020	Jose Miguel Gomez	1061371367	3168077249	Certificado.	Particular
10-03-20	Jose Fabian Vargas	9771721	302 292 3875	Consulta	Avianca
10-03-20	Hugo Sanchez C.	12.115.991	315 502 4859	Consulta	EIS
11-03-20	Daniel Sanchez	1088300093	3105359060	consulta	Avianca
12-03-20	Johan Eric Gomez P.	4.518.323	3128985254	CERTIFICADO MÉDICO	AVIANCA.
12-03-20	Andres Espitia	1003811053	3157282200	Consulta	EAP
12-03-20	Juan Pablo Llanes	1088304310	3002935941	Consulta	Avianca
12-03-20	RODOLFO ARIAS BARRAGAN	14236956	3124165538	CERTIFICADO MÉDICO	HALCONES
16-03-20	JHON EDISSON HERRERA	1609363	3106297776	Certificado medico	AEROVIAL
16-03-20	Stiven Bayo	1099431479	3109397740	C.M	N/A
16-03-20	Alexander Cerezo Manco	8.009.906	3106938896	Cert. Medico	Aerovial
17-03-20	Alexander Manco Cardo	1060333079	3219963377	certificado medico	EAP
18-03-20	NELSON Serna C.	14413368	3217817249	Cert. Medico	Particulares
19-03-20	Jorge Mejia B.	15905279	3133330142	certificado medico	Aerovial
19-03-20	Miguel Angel Soto	1004680591	3105956183	certificado medico	Aerovial

	ATENCION DOCTOR LEONARDO LOPEZ CONSULTORIO 604 TORRE 2				
FECHA	NOMBRE	CEDULA	TELEFONO	TIPO EXAMEN	EMPRESA
9-06-20	Cristian Rocha	1088008804	3218675967	Retiro	Lasuficada
10-06-2020	Martha Cristina Arias P.	1088027032	3146752331	Ingreso	Montatum
10-06-2020	Andres Felipe Lopez Osorio	1088287718	3175005106	Certificado.	Avianca
10-06-2020	Andres Fabian Barragan	1088289060	3146087636	Ingreso	Aboil Seguros
12-06-2020	Jhon Fernando Pirana	1076241417	3108073864	Certificado	Aerovial
12-06-2020	Wilmar Alfonso Lopez	9-773-176	320-820-40-74	ingreso	Aerovial
12-06-2020	Jeison A. Duque	1087036761	3218002796	ingreso	Aerovial
12-06-2020	Carlos E. Lopez	7537177	3104333381	CERTIFICADO M.	EAP
12-06-2020	MG Alejandra Ortiz	24343521	3217755578	Certificado M.	Avianca
16-06-2020	Esteban Gomez A.	1144056990	3212540572	Certificado M.	Comercial
16-06-2020	Dayler Restrepo G.	13703062	3144826389	certificado Medi.	EMPLEO
16-06-20	Johan Fernando Villarreal	1102395879	3213059980	Medico Aeronautico	Halcones
16-06-20	Marilury Bueno M.	52004764	3167455182	Retiro	Costa Azul P.
17-06-20	Juan Carlo Tabordo	1004681335	3144351643	Certificado	EAP
17 06 20	ANDRES FELIPE QUINTERO	1088337613	3185359710	CERTIFICADO	Particular
17 06 20	CESAR JAIR DURAN	1053767529	3188179237	Certificado	Particular
18 06 20	FABIAN OCAMPO	5241276	3213684678	Cert. Medico	AVIANCA
18 06 20	JEFFERSON MOSQUERA	1093220576	3225903560	CERTIFICADO	ICA.
19.06.2020	OSCAR GERARDO PEDRAZA	19.275386	3005689125	CERTIFICADO MEDICO	AEROCIVIL
19.06.2020	ANGIE CATALINA ALVAREZ	1057777731	3136811360	CERTIFICADO MEDICO	LA OPERACIÓN
19.06.2020	Alexandra Castañeda	4-2709837	3176190534	Consulta	Particular
1088226142	Luis Carlos Rivera Ramirez	1088226142	3012427142	Certificado	Particular.
24-06-20	Daniel Pamilla Ramirez	1006244507	3162998912	Certificado	Halconer
24 06 20	JHONNY BONILLA JIMENEZ	2433420	3134200377	CERTIFICADO MED	HUMANA
24-06-20	Eduardo Fabian Restrepo	1600316	3506686426	Certificado Medi	Avianca.
25/06/2020	Wilmer Ochoa	29848735	3103835765	Consulta	Particular
26.06.2020	Alexander Restrepo	15510731	3234885154	Consulta	Particulares

PERSONAL AEROCIVIL CERTIFICADO EN AGOSTO

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CERTIFICADO No.	CATEGORIA	FIRMA
8-21-20	José Ramiro Mesa	79467779	2008319	QTA	José Mesa Castro
8-21-20	Alfonso Soto Leguizamo	3094110	2008752	QTA	

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
MEDICINA AERONAUTICA

CERTIFICADO MÉDICO
N° 2006665

FECHA DE NACIMIENTO D	M	A	TALLA	PESO	CABELLO	OJOS	GÉNERO	GRUPO SANGUÍNEO
10	07	1987	1.7	82.0	NEGRO	CAFÉ	M	O +

Cedula de Ciudadania
N° 16222036

CLASE DE EXAMEN MÉDICO: 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ■

TIPO DE EXAMEN: ■ ANUAL ☐ SEMESTRAL

LIMITACIONES
USO DE LENNTES CORRECTORES-CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN UN MES Y VALORACION PSIQUIATRICA - CONTROL DE PESO

APELLIDOS Y NOMBRES
CHAPARRO OCAMPO ALEXANDER

NOMBRE MÉDICO EXAMINADOR
PASTRANA MONARD PIEDAD

FIRMA Y REGISTRO

FIRMA DEL TITULAR Y NÚMERO DE DOCUMENTO

LICENCIA	FECHA DE EXPEDICIÓN D	M	A	FECHA DE VENCIMIENTO D	M	A
BAE	12	06	2020	12	06	2024

MA

Bancolombia

Santiago de Cali, 20 de noviembre de 2019

Señores:
A QUIEN PUEDA INTERESAR
La ciudad.

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar **LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO** identificado con cedula de número **10.141.207** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco el siguiente producto:

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado (Activo – Al día)
Cuenta Corriente	653-401985-22	2008/03/07	A ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, a través de los siguientes números: Medellín: (57-4) 510 90 00 \ Barranquilla: (57-5) 361 88 88 \ Bogotá: (57-1) 343 00 00 \ Cali: (57-2) 554 05 05 \ Resto del país: 01800 09 12345.

Atentamente,
BANCOLOMBIA

P/
JUAN SEBASTIAN CAICEDO PULIDO
Ejecutivo Senior Centralizado
*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Principio de Procedencia: 3302.290	FORMATO
	Título: INGRESO DE PROVEEDORES

1. Tipo de Transacción: Inclusión ☐ Modificación ☐ 2. Fecha: 13-07-20

Información General

3. Persona Natural ☒ 4. Persona Jurídica ☐ 5. Persona Natural Extranjera ☐ 6 Persona Jurídica Extranjera ☐

7 Identificación: ☐ NIT ☒ Cédula 8. No. 10141207 9 [9] Dígito de Verificación

10 Razón Social o Apellidos y Nombres: LOPEZ HURTADO LEONARDO JUAN

11. Nombre Comercial del Negocio: LEONARDO JUAN LOPEZ HURTADO

12. Nombre del representante legal: LEONARDO JUAN LOPEZ H 13. C.C.

14 Tipo de representante legal:

15. Integrante consorcio y/o UT(1) 16. % Participación

17. Integrante consorcio y/o UT (2) 18. % Participación

19. Integrante consorcio y/o UT (3) 20. % Participación

21 Tipo de organizacion empresarial:

22. Tipo de capital: Publico ☐ % Privado ☐ % Total ☐ %

23. Dirección Jurídica / (Residencia): KRA 18 # 12-75 TORRE 2 PISO 6

24. Ciudad: PEREIRA 25. Departamento: RISARALDA 26. País: COLOMBIA.

27. Teléfono: (036) 3330100 ( ) 3104234206 ( )

28. Fax: ( ) ( )

29. No. Inscripción R.U.P: 30. Ciudad Insc. Camara y Comercio:

31. Actividad Económica: SERVICIOS 32. Código CIIU
(Empresa o Persona Natural)

33. Página de Internet:

34. E-mail: leolopez0006@Hotmail.com

Información tributaria

☐ 35. Gran Contribuyente y Autorretenedor ☐ 36. Gran Contribuyente No Autorretenedor ☐ 37. Entidad Oficial

☐ 38. Régimen Común y Autorretenedor (Adjuntar Resolución DIAN) ☐ 39. Régimen Común y No Autorretenedor ☐ 40. Entidad del Exterior

☒ 41. Régimen Simplificado ☐ 42. No Contribuyente (Debe adjuntar el documento que compruebe la calidad de No Contribuyente) ☐ 43. Régimen Especial

Contactos: 44. Nombre del contacto

45. Cargo del contacto

46. Teléfono ( )

47. Unidad Ejecutora que genera el pago: ☐ Nivel Central ☐ Sub unidad

Para efecto del pago por medios electrónicos, diligencie la siguiente información:

48. Cuenta No. 85340198522 ☐ 49. Ahorros ☒ 50. Corriente

51. Entidad Financiera BANCOLOMBIA

Información Adicional

52.OBSERVACIONES:
(Si es modificación de datos enunciarlos)

Representante Legal

53. Firma

54. Nombre LEONARDO LOPEZ HURTADO

Funcionario Aerocivil que recibe formato diligenciado y anexos.

55. Firma

56. Nombre

57. Cargo

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI NO SE ADJUNTA TODA LA DOCUMENTACION EXIGIDA

USO EXCLUSIVO AEROCIVIL

	FORMATO
Principio de Procedencia: 3302.290	Título: INGRESO DE PROVEEDORES

Documentos que se deben anexar para la inscripción como PROVEEDOR:

EMPRESAS

- Cámara de Comercio Tres (3) Folios Maximo
- Registro único Tributario - RUT
- Cedula de Ciudadania del Representante Legal
- Original de la Certificacion de la Cuenta Bancaria dirigida a la Aeronáutica Civilcon fecha no mayor a 30 días.

PERSONA NATURAL

- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
- Registro único Tributario - RUT
- Cámara de Comercio si la actividad es de Comercio.
- Original de la Certificacion de la Cuenta Bancaria dirigida a la Aeronáutica Civilcon fecha no mayor a 30 días.

CONSORCIOS Y/O UNION TEMPORAL

- Formato, Rut, Documento Consorcial, Certificación Cuenta Bancaria
- Formato, Rut, Cedula del Representante Legal.

DOCUMENTOS INTEGRANTES

- Formato, Rut,Camara de Comercio, Cedula integrantes

DESCRIPCION

1. Tipo de Transacción: Marque con una X si usted desea incluir o modificar la información

2. Fecha: DD/MM/AA en la cual diligencia el formato

3. Persona Natural: Marque con una X si el proveedor esta constituido como persona natural.

4. Persona Juridica: Marque con una X si el proveedor esta constituido como persona jurídica.

5. Persona Natural Extranjera: Marque con una X si el proveedor esta constituido como persona natural extranjera.

6. Persona Juridica Extranjera: Marque con una X si el proveedor esta constituido como persona juridica extranjera.

7. Idenficiación: Marque con una X el tipo de documento que corresponde el proveedor Cédula para personas naturales y NIT para personas jurídicas

8. No. : En este campo indique el número de cédula de ciudadanía o NIT del proveedor según corresponda

9. Digito de verificación: En este campo indique el digito de verificación asignado al proveedor por la DIAN

10. Razón social o Apellidos y Nombres: Indique el nombre completo del proveedor, este debe ser aque que se encuentra registrado en Camara y Comercio

11. Nombre comercial del negocio: Indique el nombre con el cual el proveedor comercializa sus porductos y/o servicios, sin embargo este en algunos casos es igual a la Razón Social.

12. Nombre del representante legal: Indique el nombre completo del representante legal del proveedor

13. C.C.: Cédula de ciudadanía del representante legal del proveedor

14. Tipo de representante legal: Especifique el tipo de representante legal del proveedor

15. Integrante consorcio y/o UT (1): Especifique el nombre del primer integrante del consorcio y/o Unión Temporal

16. % Participación: Especifique el porcentaje de participación del primer miembro del consorcio.

17. Integrante consorcio y/o UT(2): Especifique el nombre del segundo integrante del consorcio y/o Unión Temporal

18. % Participación: Especifique el porcentaje de participación del segundo miembro del consorcio.

19. Integrante consorcio y/o UT(3): Especifique el nombre del tercer integrante del consorcio y/o Unión Temporal

20. % Participación: Especifique el porcentaje de participación del tercer miembro del consorcio.

21. Tipo de organización empresarial: Especifique el tipo de organización empresarial

22. Tipo de capital: Especifique el tipo de capital especificando el porcentaje según corresponda en cada casilla Publico Privado Total

23. Dirección Juridica: / (Residencia) Dirección a la cual debe ser enviada la correspondencia y/o documentos expedidos por Aerocivil

24. Ciudad: Ciudad a la que pertenece la dirección jurídica (campo 13) del proveedor.

25. Departamento: Departamento al que pertenece la ciudad

26. País: País al que pertenece tanto el departamento como la ciudad.

27. Teléfono: Número(s) telefónico(s) del proveedor donde este pueda ser contactado.

28. Fax: Número(s) de fax del proveedor.

29. No. Inscripción R.U.P: Indique el número de inscripción en el Registro Único de Proponentes

30. Ciudad Insc. Camara y Comercio: Ciudad en la cual el proveedor se encuentra inscrito a Camara y Comercio

31. Actividad Económica (Empresa o Persona Natural): Nombre de la actividad económica desarrollada por el proveedor según lo establecido por la Secretaria de Hacienda Distrital o Municipal.

32. Código CIIU: Especifique el código correspondiente a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU).

33. Página de Internet: Página web del proveedor.

34. E-mail: Indique el correo electrónico del proveedor.

35. Gran Contribuyente y Autorretenedor: Marque con una X si el proveedor es catalogado por la DIAN como Gran Contribuyente y Autorretenedor

36. Gran Contribuyente No Autorretenedor: Marque con una X si el proveedor es catalogado por la DIAN como Gran Contribuyente No Autorretenedor

37. Entidad Oficial: Marque con una X si el proveedor es una Entidad Oficial.

38. Régimen Común y Autorretenedor: Marque con una X si el proveedor pertenece al Régimen Común y es catalogado por la DIAN como autorretenedor. Deberá adjuntar la Resolución expedida por la DIAN.

39. Régimen Común y No Autorretenedor: Marque con una X si el proveedor pertenece al Régimen Común y no es No Autorretenedor

40. Entidad del Exterior: Marque con una X si el proveedor es una entidad del exterior.

41. Régimen Simplificado: Marque con una X cuando el proveedor pertenece al Régimen Simplificado

42. No Contribuyente: Marque con una X cuando el proveedor es catalogado por la DIAN como No Contribuyente. **Debe adjuntar el documento que compruebe la calidad de No Contribuyente.**

43. Régimen Especial: Marque con una X si el proveedor es del Régimen Especial.

44. Nombre del contacto: Nombre completo de la persona con la cual se establecerá comunicación cuando sea requerida.

45. Cargo del contacto: Cargo desempeñado por el contacto designado por el proveedor.

46. Teléfono: Número telefónico en el cual se puede establecer comunicación con el contacto.

47. Cuenta Ejecutora que realiza el pago: Nivel Central o Sub Unidad

48. Cuenta No.: Para efecto de pago por medios electrónicos indique número de cuenta a la que desea sea transferido el pago que efectúa Aerocivil.

49. Ahorros: Marque con una Xsi la cuenta a al cual se transfiere el pago es cuenta de ahorros.

50. Corriente: Marque con una X si la cuenta a la cual se transfiere el pago es cuenta corriente.

51. Entidad Financiera: Nombre completo de la entidad financiera a la cual pertenece la cuenta.

52. Observaciones: Indique en este campo comentarios respecto a la información diligenciada en el formato.

53. Firma: Firma del representante legal del proveedor.

54. Nombre: Nombre y apellidos del Representante Legal del proveedor.

55. Firma: Firma del funcionario de Aerocivil que recibe y verifica la información del proveedor.

56. Nombre: Nombre y apellidos del funcionario Aerocivil que recibe y verifica la información del proveedor

57. Cargo: Cargo del funcionario Aerocivil que recibe y verifica la información del proveedor.

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO	CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 -- Independiente		RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-04	2020-04	I		42383172	$725.600	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	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	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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	13.100				13.100	0	0	13.100			131	13.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	13.100	13.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	725.600	725.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

AIVI13

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO		CR 18 # 12 - 75 PISO 5 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-04	2020-04	1		42383172	$725.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. estudio	Extranjero	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	10141207	LOPEZ HURTADO LEONARDO IVAN	59	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS037	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	1	13.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO	CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-05	2020-05	I		43159946	$870.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Matemidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO	CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			RISARALDA	PEREIRA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	I		43159946	$870.700

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	10141207	LOPEZ HURTADO LEONARDO IVAN	59	0			N								X									25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS037	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		0	0	0	0	0	0	0	0

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO		CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-06	2020-06	I		43877359	$580.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO	CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-07	2020-07	I		44510717	$464.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.400	464.400

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	10141207	LEONARDO IVAN LOPEZ HURTADO		CR 18 # 12 - 75 PISO 6 CONS 604	3330100	LEOLOPEZ000@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			RISARALDA	PEREIRA		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	
2020-07	2020-07	I		44510717	$464,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Ecuador	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	10141207	LOPEZ HURTADO LEONARDO IVAN	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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