MUNICIPIO DE PALMIRA

RADICACION DE ORDENES

Nro Int Orden 131886 Prefijo 2020 Orden 2903

Tipo PARCIAL Consecutivo 1

Concepto ACTA DE RECIBO PARCIAL DE CONVENIO CON HOGAR DE PASO NUMERO DE CONTRATO 416

Tercero 900828141 FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR

Division 128 SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL

Usuario JQUINONES JOHN ALEXIS QUINONES HURTADO

Fecha Ingreso 09/07/2020,04:30:36-PM

Fecha Salida 09/07/2020,04:30:36-PM

Observaciones

SE REMITE PARA HACIENDA

NIT 8913800073

ORDEN DE PAGO

ORDEN DE PAGO PARCIAL No. 2903 De 09/07/2020 Por 23.855.556,00

ACTA DE RECIBO PARCIAL DE CONVENIO CON HOGAR DE PASO NUMERO DE CONTRATO 416

ACTA No.: 1736 de 09/07/2020 **ESTADO=VIGENTE**

DEPENDENCIA : SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL

PROYECTO : IMPLEMENTACIÓN PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA PALMIRA

A FAVOR DE: FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR **C.C o Nit** 900828141

CONVENIO No 416 de 21/05/2020 Por 190.844.444,00

AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACION DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA

VALOR A PAGAR Veintitres Millones Ochocientos Cincuenta Y Cinco Mil Quinientos Cincuenta Y Seis Pesos M/Cte. **23.855.556,00**

RETENCIONES EFECTUADAS

Impuesto	Actividad	Base	%	Valor	Total deducciones
ESTAMPILLA PROCULTURA		23.855.556,00	1,00	238.556,00	**2.624.112,00**
RETEFUENTE	4	23.855.556,00	4,00	954.222,00	
RETEN. FUENTE POR ICA	059	23.855.556,00	1,00	238.556,00	
ESTAMPILLA UNIVALLE		23.855.556,00	2,00	477.111,00	
ESTAMPILLA PROHOSPITALES		23.855.556,00	1,00	238.556,00	
ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR		23.855.556,00	2,00	477.111,00	

NETO A GIRAR **21.231.444,00**

IMPUTACION PRESUPUESTO

COMPROMISO 1164 **Fecha.** 21/05/2020

C. Costo	Proyecto	Rubro	Nombre	Fondo	Valor
1153	**2000016**	3 14 1 1 1 1	Palmira Protege y Cuida a la Primera Infancia, Infancia, Adolescencia	214 SGP - Propósito General	23.855.556,00

Total obligación **23.855.556,00**

IMPUTACION CONTABLE CXP

Cuenta		Débito	Crédito	Descripción
550705011015	Servicios	23.855.556,	0,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
240722005	Recuados estampilla procultura	0,	238.556,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
243627010010	Tarifa diez por mil (10)	0,	238.556,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
240722002	Estampilla prohospitales	0,	238.556,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
240722001	Estampilla prouniversidad del valle	0,	477.111,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
240722006	Estampilla Proadulto Mayor	0,	477.111,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
243605011	Servicios Genera D.4%	0,	954.222,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
249055001	Servicios	0,	21.231.444,	Acta de recibo PARCIAL 77790 CONVENIO_740 FUNDA(
Sumas Iguales		**23.855.556**	**23.855.556**	

ORDENADOR DEL PAGO: **STEFFANY LIZZETTE ESCOBAR RINCON**

REVISADO 09/07/2020

Municipio de Palmira

NIT 8913800073

Estado Acta = VIGENTE

ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 1736

RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA INTERVENTOR DE CONVENIO Nro. 416

CERTIFICA(N) QUE:

El contratista FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR con identificaciòn 900828141 ha cumplido a satisfacción con los compromisos y obligaciones acordadas y con las obligaciones parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales derivados CONVENIO en referencia.

De acuerdo CONVENIO se establece que:

Fecha de firma 21/05/2020

Fecha de iniciación

Duración 31 DE DICEIMBRE DE 2020

Nro. Fra. Doc Eq.

Valor orden de gasto	190.844.444
Pagos efectuados	0
Valor acta	23.855.556
Saldo pendiente	166.988.888
Valor Anticipo	0
Valor Amortizaciones	0

BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS MEDIANTE LA PRESENTE ACTA

ACTA DE RECIBO PARCIAL DE CONVENIO CON HOGAR DE PASO NUMERO DE CONTRATO 416

Item	Descripción Detalle Contrato	Valor	Iva
1	AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACION DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA	23.855.556	0
Total:		**23.855.556**	**0**

Total recibido	23.855.556
- Amortización de anticipo	
	23.855.556

Valor Veintitres Millones Ochocientos Cincuenta Y Cinco Mil Quinientos Cincuenta Y Seis Pesos M/Cte.

Para constancia se firma en Palmira el: 09/07/2020

RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA
Interventor/Supervisor

Juan S. Chaparro Cases

FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR
Contratista

Municipio de Palmira

NIT 8913800073

SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL

Nro. Int. 740

CONVENIO No. 416

RAZON SOCIAL	**FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR**	**C.C o Nit**	**900828141**
REP. LEGAL		**C.C**	
CL 30 33 52 Palmira		**Teléfonos**	2855521
Regimen Común,		**Fecha Firma:**	21/05/20
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACION DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA		
VALOR	Ciento Noventa Millones Ochocientos Cuarenta Y Cuatro Mil Cuatrocientos Cuarenta Y Cuatro Pesos M/Cte.		**190.844.444,00**
FORMA PAGO	DESEMBOLSOS PARCIALES		
INTERVENTOR	- RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA		
PLAZO	31 DE DICEIMBRE DE 2020		
MODALIDAD	CONTRATACION DIRECTA		
Nro.PROCESO			

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

675 CONVENIO PARA LA OPERACIÓN DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA. **Fecha.** 29/04/2020

C.Costo	Proyecto	Fondo	Rubro	Nombre
1153	**2000016**	**214**SGP - Propósito General	3 14 1 1 1 1	Palmira Protege y Cuida a la Primera Infancia, Infancia, Adolescencia

SIRVASE SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS O EJECUTAR EL TRABAJO SEGUN EL SIGUIENTE DETALLE

Descripción	Cantidad Und.	Valor Unitario	Valor Total
AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACION DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA	0	0,00	190.844.444,00

SubTotal	**190.844.444,00**
Iva	**0,00**
Total	**190.844.444,00**

Revisó:

Ronald Mauricio Sánchez Celada

Nombre Funcionario

C.C. 6.390.226

Autorizacion Ingreso a SIIF:

Digitalizado Por:

ACTA DE INICIO

DEPENDENCIA QUE EJECUTA EL CONVENIO	SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
CONVENIO DE ASOCIACIÓN No.	416
FECHA DEL CONVENIO	21 de mayo de 2020
ASOCIADO	FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACIÓN DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA
SUPERVISOR	RONALD MAURICIO SÁNCHEZ CELADA
VALOR DEL CONVENIO	$272.634.920 De los cuales $190.844.444 son aportes del Municipio y $81.790.476 por parte de la Fundación Hogar Para Una Vida Mejor
FORMA DE DESEMBOLSO	Desembolsos parciales previa presentación del informe de actividades
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31 de diciembre de 2020
FECHA INICIO	26 de mayo de 2020
NUMERO DE CP	1164
FECHA DE CP	21 de mayo de 2020
No. DE GARANTÍAS (cuando aplique)	45-44-101114232 45-40-101059135
FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍAS (cuando aplique)	26 de mayo de 2020
FECHA DE COBERTURA DE LA ARL (cuando aplique)	N/A
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PREVIAS A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO (cuando aplique)	N/A

En el Municipio de Palmira, a los veintiséis (26) días del mes de mayo del año 2020, en la oficina de la Secretaría de Integración Social, se reunieron el Subsecretario de Infancia, Adolescencia y Juventud - Ronald Mauricio Sánchez Celada, en calidad de Supervisor del contrato, y Juan Sebastián Chaparro Casas en su calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR, con el fin de dar inicio al convenio en referencia.

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que en ella intervinieron.

RONALD MAURICIO SÁNCHEZ CELADA
Supervisor

Juan S. Chaparro Casas

JUAN SEBASTIAN CHAPARRO CASAS
Representante Legal
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR
Contratista

FACTURA DE VETAS

FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR
N. I. T. : 900828141-1
Direccion: CL 41 32 43
Telefono :
Ciudad : PALMIRA

Numero : FD128
Fecha : 2020-JUL-06
Hora : 09:31 AM
Fecha Vencimiento: 2020-AGO-06

Cliente : ALCALDIA PALMIRA
Codigo : 891380007
Direccion: CLL 30 CRR 29

Nit: 891380007-3
Ciudad: PALMIRA

Factura Nro. : FD 28
O.C. Numero :
CIIU : 0010 ASALARIADOS.

Moneda : pesos

Req	Servicio	Descripcion	U.M	Cantidad	Valor_Bruto	Valor_Desctos	Valor_Iva	Valor_Neto
001	9000	MANEJO ADECUADO TIEMPO LIB		1.00	23,855,556.00	0.00	0.00	23,855,556.00
		TOTAL SERVICIOS :		1.00	23,855,556.00	0.00	0.00	23,855,556.00

[RETENCIONES]

Tipo_Retencion	Retencion	Valor_Base.	Tasa	Valor_Retencion.

[RESUMEN DE VALORES FACTURADOS]

Valor_Doctos.	Valor_Anticipos	Valor_Retencion	Valor_Factura
23,855,556.00	0.00	0.00	23,855,556.00

[D E T A L L E D E V A L O R E S]

%	BASE	VLR_IMPUESTO	%	BASE	VLR_IMPUESTO	%	BASE	VLR_IMPUESTO
00	0	0	00	0	0	00	0	0
00	0	0	00	0	0	00	0	0

VALOR IAC: 0.00

Observacion: MANEJO ADECUADO DE NINOS

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora a la maxima tasa legal permitida
Autorizacion Numeracion de Facturacion 18762011258070 Vigente NOV-14-2018 al NOV-14-2020
Numeracion Habilitada FD11 al FD1999 Vigencia: 24 MESES
CIIU: 7410 ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS DE DISENO

Factura Generada por Software de Sistemas de Informacion Empresarial S.A. NIT 890.319.193-3

ELABORADO

APROBADO

RECIBIDO

Escaneado con CamScanner

Fundación Hogar PARA UNA VIDA MEJOR	**DECLARACIÓN SOBRE MULTAS Y SANCIONES**

Palmira, junio 17 de 2020

Señores
ICBF

Yo, Juan Sebastián Chaparro Casas identificado con cédula de ciudadanía número 1113634967 expedida en Palmira - Valle, en mi condición de Representante Legal de la Fundación Hogar Para Una Vida Mejor, según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Palmira, bajo la gravedad de juramento certifico que en los últimos dos (2) años a la fecha, NO he sido objeto de multas y/o sanciones administrativas por incumplimiento de mis obligaciones contractuales frente a entidades.

Atentamente,

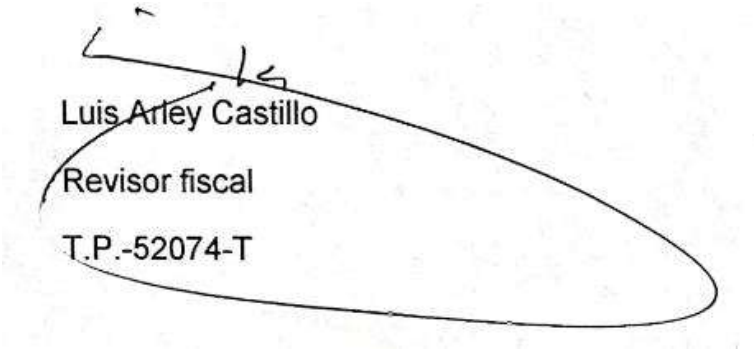
Juan S. Chaparro Casas

_____

FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: JUAN SEBASTIAN CHAPARRO CASAS
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR
NIT: 900828141-1
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1113634967
CIUDAD: PALMIRA
DIRECCIÓN: CALLE 30 # 33 – 52 BARRIO CENTRO
TELÉFONO: 2832570

El suscrito revisor fiscal de **fundación hogar para una vida mejor** con **Nit. 900.828.141-1** se permite certificar que dicha sociedad cumple con lo establecido en lo dispuesto por la ley 789 del 2002 en su artículo 33 respecto de la contratación de aprendices y se encuentra a paz y salvo con el pago de aportes parafiscales y seguridad social del mes de junio de 2020.

Dado en Palmira en julio 13 de 2020.



2



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.262.203
CASTILLO ORTIZ

APELLIDOS
LUIS ARLEY

NOMBRES
Luis Arley CASTILLO O

FIRMA

Biométrica Autenticación Voter



FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1959
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

12-SEP-1978 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3107900-00039481-M-0016262203-20080805 0001821551A 1 2960005066

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

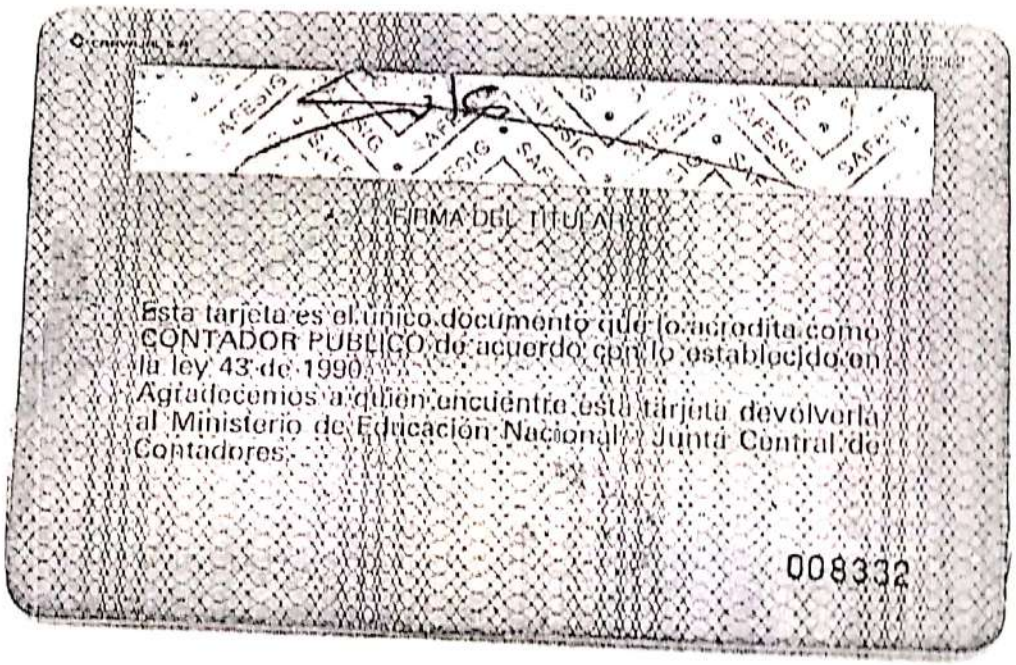
52074-T



LUIS ARLEY
CASTILLO ORTIZ
C.C. 16262203
RESOLUCION INSCRIPCION 46 FECHA 03/04/97
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Presidente

00060562



FIRMA DEL TITULAR

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

008332

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	667711123	TANIA PATRICIA MAPURA VASQUEZ		Diagonal 24D - 6a -63	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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		43526489	$254.900	

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	667711123	MAPURA VASQUEZ TANIA PATRICIA	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS005	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		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	1036605691	GUSTAVO ADOLFO SALDARRIAGA MUÑOZ	carrera 6 # 3 - 29	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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		43526897	$254.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	1036605691	GUSTAVO ADOLFO SALDARRIAGA MUÑOZ		carrera 6 # 3 - 29	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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		43526897	$254.900	

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	1036605691	SALDARRIAGA MUÑOZ GUSTAVO ADOLFO	57	0			N	X																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	ESSC18	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		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	1193551373	Nicolle Reyes	calle 48 # 42 c 73	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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
2020-06	2020-06	I		43525900	$254.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	1193551373	Nicolle Reyes		calle 48 # 42 c 73	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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		43525900	$254.900	

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	1193551373	Reyes Nicolle	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS012	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		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	1113662932	ADRIANA VANESSA ZAPATA RAMOS	Carrera 35 a No 25 c 31	3148365748	avazara@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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	10/06/2020	43321203	$140.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	26.400	0	0	0	0	0	0		26.400	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	140.800	140.800

PAGADA
43212 03

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	1113662932	ADRIANA VANESSA ZAPATA RAMOS		Carrera 35 a No 25 c 31	3148365748	avazara@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	10/06/2020	43321203	$140.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1113662932	ZAPATA RAMOS ADRIANA VANESSA	57	0			N																	230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS044	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-06-11, 02:53:22 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1030525597

Periodo Cotización: mayo de 2020 **Periodo Servicio:** mayo de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8805965350

PAGADO 11/06/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NORIS ARBOLEDA COPETE		
Documento	CC29671683	**Dirección**	CR 34 49 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3157423056
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PALMIRA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INC	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC29671683	NORIS ARBOLEDA COPETE	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 877.803	$ 26.400	(EPS018) S.O.S EPS	$ 877.803	$ 109.800	0,522	$ 877.803	$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 26.400	$ 109.800	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800	$ 0	$ 140.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1090177161		CASTRO VALENCIA GESSIEL ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4A # 21 - 101	CALI-VALLE	5567895	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	625361873	9405703441	I	2020/07/12	2020/06/18	BANCOLOMBIA	0	$192,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1090177161	CASTRO GESSIEL	230301	30	$1,200,000	$36,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,200,000	$6,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,200,000	$36,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$6,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,000	$0	$0	$36,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$36,000	$0	$0	$36,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,300	$0	$0	$6,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,300	$0	$0	$6,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$192,300	$0	$0	$192,300

2020/05/14 12:59 PM

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	1113634967	JUAN SEBASTIAN CHAPARRO CASAS	CALLE 30 # 33-52	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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		43533526	$254.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	1113634967	JUAN SEBASTIAN CHAPARRO CASAS	CALLE 30 # 33-52	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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		43533526	$254.900	

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	1113634967	CHAPARRO CASAS JUAN SEBASTIAN	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS010	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		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	1113672906	JUAN DAVID RAMIREZ GALVIS	calle 35 #23 -02	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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
2020-06	2020-06	I		43526188	$254.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	1113672906	JUAN DAVID RAMIREZ GALVIS	calle 35 #23 -02	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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		43526188	$254.900	

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	1113672906	RAMIREZ GALVIS JUAN DAVID	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS044	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		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	24824790	Maria Sucell CARDONA Galvis	calle 35 #23 -02	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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		43526577	$254.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	24824790	Maria Sucell CARDONA Galvis		calle 35 #23 -02	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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		43526577	$254.900	

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	24824790	CARDONA Galvis Maria Sucell	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS005	877.803	109.800	14-23	877.803	1	4.600		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	38468625	LUZ EDITH RIVAS LONGA	calle 33 a 32 # a 05	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	PALMIRA		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
2020-06	2020-06	I		43526710	$254.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

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	38468625	LUZ EDITH RIVAS LONGA		calle 33 a 32 # a 05	2832570	fundacionhogar2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	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		43526710	$254.900	

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	38468625	RIVAS LONGA LUZ EDITH	57	0			N	X																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	ESSC18	877.803	109.800	14-11	877.803	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que COMERCIALIZADORA MARDEN LTDA. identificado(a) con NI 800004599 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS ARLEY CASTILLO ORTIZ identificado(a) con CC 16262203

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9407296702	654175209	E	2020-06-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	15										X								$852,078	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	15										X								$868,173	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$852,078	3%	$25,600
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$868,173	3%	$26,100
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-05	15										X								$852,078		$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-05	15										X								$868,173		$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-05	15										X								$852,078		$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-05	15										X								$868,173		$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-05	15										X								$0	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-05	15										X								$0	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-05	15										X								$0	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-05	15										X								$0	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$852,078	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$868,173	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	CCF	CCF57	COMFANDI	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$852,078	0%	$0
9407296702	654175209	E	2020-06-16	CCF	CCF57	COMFANDI	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	15										X								$868,173	0%	$0

Este certificado se expide el día 2020-07-17 a las 09:59.

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar **acompañándolo en el desarrollo de sus metas.**

Palmira, 22 de mayo de 2020

HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR** Identificado(a) con **NIT 900828141** a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado
Cuenta Corriente	066-440569-41	2015/06/23	ACTIVA

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 5540505 de Cali o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Palmira - Of. 066 Palmira
Asesor de Servicios Nº 155
Cédula Nº

MONICA ISABEL ANGARITA
Asesor Mipyme
Sucursal Palmira

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

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888 y en el resto del país al 01 800 09 12345

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

RECIBO **3000036290**
FECHA EXP. 22/05/2020
FECHA LIMITE 30/06/2020

DERECHOS VARIOS

BENEFICIARIO: FUNDACION HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR C.C O NIT: **900828141**
DIRECCION: DG 28A 58 42
ENTIDAD O DEPENDENCIA DEL TRAMITE: **JURIDICA**
OBSERVACION: MP-0416-2020

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR
1212 IMDER	1	1.908.444
	TOTAL	**$1.908.444**

Banco de Occidente
SAI TESORERIA MUNICIPAL - PALMIRA
27 MAY 2020
Recibido con Pago

09:34:47 27/05/2020 CAJERO - RECAUDO4
TESORERIA MUNICIPAL - 0004373554
REF: 3000036290 - CTA: 00000000038918215
VALOR: 1,908,444.00 EF

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
416	01	viernes, 12 de junio de 2020	SUPERVISIÓN	RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA	CRETARIO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y JUV

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR	NIT 900828141	21-may-2020	31-dic-2020	7,5	0,7	9,82%

5.8 Objeto del Contrato

AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACIÓN DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA

5.9 Forma de Pago	5.10 Descripción	5.11 Valores	5.12 Duración (Meses)	5.13 Ejecución (Meses)	5.14 Tiempo Ejecutado (%)
ACTAS PARCIALES	5.10.1 Contrato Inicial	$ 190.844.444	7,47	0,73	9,82%
	5.10.2 Adiciones al Contrato				
	5.10.3 Suspensiones al Contrato				
	5.10.4 Total Contrato + Adiciones	**$ 190.844.444**	**7,47**	**0,73**	**9,82%**
	5.10.5 Nueva Fecha Final				

6. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

6.1 Periodo de Aportes	6.2 Número Planilla (PILA)	6.3 Fecha de Pago	6.4 Últimos dos Dígitos (C.C. / Nit)	6.5 Fecha Máxima de Pago de Aportes	6.6 Cumple	6.7 Nombre de la ARL	6.8 Fecha Afiliación ARL	6.9 Nivel Riesgo	6.10 Análisis del Riesgo
	persona jurídica							0	Asumido por el Contratista

6.11 Datos de Referencia para el Supervisor		6.12 Datos del Pago de la Planilla de Seguridad Social (sin mora)	
6.11.1 Valor a Pagar	6.11.2 Ingreso Base de Cotización (IBC)	6.12.1 Exonerado del Pago a Pensión	6.12.2 Descripción de la Exoneración
$ 23.855.556	$ 8.778.030		

6.11.3 Concepto del Aporte	6.11.4 %	6.11.5 Valor del Aporte	6.12.3 Valor Pagado	6.12.4 Cumple	6.12.5 Observaciones Aportes al Sistema de Seguridad Social
6.11.3.1 Aportes a Salud (EPS)	12,50%	$ 1.097.254		NO	El Contratista NO está cumpliendo con los pagos al sistema de SALUD
6.11.3.2 Aportes a Pensión (AFP)	0,00%	$ -			
6.11.3.3 Aportes a Riesgos Laborales (ARL)	#N/D	#N/D		#N/D	#N/D
6.11.3.4 Valor Total (sin Mora)	**#N/D**	**#N/D**	**$ -**	**#N/D**	**#N/D**

7. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

7.1 No.	7.2 Documento	7.3 Documentos en la Carpeta Digital de la Dependencia	7.4 Entregados a la Dirección de Contratación	7.5 Entregados a la Secretaría de Hacienda
1	Radicado en la Secretaría de Hacienda	X	X	X
2	Orden de Pago (SIIF)	X	X	X
3	Acta de Recibo (SIIF) o Entrada Almacén	X	X	X
4	Minuta del Contrato (SIIF)	X	No Aplica	X
5	Acta de Inicio	X	No Aplica	X
6	Informe de Actividades y soportes	X	X	No Aplica
7	Informe del Supervisor	X	X	No Aplica
8	Factura o Documento equivalente	X	X	X
9	Pago Seguridad Social	X	X	X
10	Certificación de Parafiscales	X	X	X
11	Certificación Bancaria	X	No Aplica	X

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
416	01	viernes, 12 de junio de 2020	SUPERVISIÓN	RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA	CRETARIO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y JUV

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR	NIT 900828141	21-may-2020	31-dic-2020	7,5	0,7	9,82%

8. SEGUIMIENTO

8.1 Item	8.2 Actividades Generales	8.3 SI / NO	8.4 Observaciones
1	Conoce y entiende los términos y condiciones del contrato	SI	El Contratista ha leído y entiende los términos y condiciones del contrato, NO se han materializado riesgos previstos en la matriz de riesgos del contrato, el contrato ha presentado un desarrollo normal y cordial entre las partes, el contratista organiza y administra el recibo de bienes y servicios establecidos en el contrato, el contratista está dando cumplimiento a los bienes y/o servicios establecidos en el contrato, el contratista presenta soportes de la ejecución contractual, durante el período del informe se desarrollaron reuniones de seguimiento.
2	Se ha materializado algún riesgo planteado en la matriz de riesgos del Contrato	NO	
3	Se han presentado controversias entre las partes	NO	
4	Se organiza y administra el recibo de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato	SI	
5	Se ha presentado rechazo justificado de los bienes y/o servicios establecidos en los documentos del Contrato	NO	
6	Se ha presentado incumplimientos del proveedor o contratista al presentar los soportes correspondientes	NO	
7	Se ha solicitado informes y convocado a reuniones para el cumplimiento de la función de supervisor	SI	

8.5 Item	8.6 Seguimiento Administrativo	8.7 SI / NO	8.8 Observaciones
1	Se encuentra completo el expediente físico y electrónico con los informes previstos	SI	El expediente físico y electrónico del contrato se encuentra completo y al día, las garantías del contrato se encuentran al día, No se hicieron requerimientos por parte de los entes de control, se ha dado cumplimiento a la publicación de los documentos del contrato en el SIIF y en el SECOP, el contratista está cumpliendo con sus obligaciones en materia de seguridad social y salud en el trabajo, como también el cumplimiento de normas legales
2	Las pólizas y garantías del contrato se encuentran vigentes	SI	
3	Han solicitado los organismos de control informes y el contratista los ha presentado	No Aplica	
4	Se cargó en los tiempos, los documentos del Contrato en el SIIF y se garantizó el principio de publicidad	SI	
5	Se ha verificado el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de Seguridad Social, Seguridad y Salud en el Trabajo, Planes de Contingencia, Normas ambientales, Planes de Emergencia y cualquier otra norma aplicable al contrato	SI	

8.9 Item	8.10 Seguridad y Salud en el Trabajo (Personas Naturales y Jurídicas)	8.11 SI / NO	8.12 Observaciones
1	Aportó los elementos necesarios de protección personal para el desempeño de sus actividades	SI	el contratista está cumpliendo con la utilización de los elementos de protección personal necesarios, , ,
2	Aportó las certificaciones de competencias requeridas o necesarias para desarrollar las tareas de alto riesgo	No Aplica	
3	Aportó el permiso de trabajo para el desarrollo de las tareas de alto riesgo avaldo por SST	No Aplica	
4	Se recibieron reportes de accidentes e incidentes de trabajo	No Aplica	

8.13 Item	8.14 Seguridad y Salud en el Trabajo (Solo Personas Jurídicas)	8.15 SI / NO	8.16 Observaciones
1	Aportó certificación de avance de la Resolución 1111 de 2017 (Plazos para implementar el SST), avalada por el SST	SI	El contratista aportó la certificación de avance según la Resolución 1111 de 2017, avalada por Seguridad y Salud en el Trabajo, El contratista aportó el Plan Anual de Trabajo, El contratista aportó el Plan Anual de Capacitaciones
2	Aportó el Plan Anual de Trabajo	SI	
3	Aportó el Plan Anual de Capacitaciones	SI	

8.17 Item	8.18 Seguimiento Técnico	8.19 SI / NO	8.20 Observaciones
1	Se ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables	SI	El contratista ha dado cumplimiento a las normas técnicas aplicables al contrato, El contratista está cumpliendo con las condiciones ofrecidas en el contrato, El Contratista no ha hecho solicitudes de ajustes o cambios en las condiciones del contrato, El Contratista, durante el período del informe no hizo solicitudes o requerimientos técnicos, El Contratista, durante el período del informe, no ha presentado incumplimientos en los que se necesite aplicar las garantías del contrato
2	Se ha revisado que el contratista o su equipo cumpla las condiciones ofrecidas de acuerdo a lo previsto en el contrato	SI	
3	Se han requerido cambios o ajustes en las condiciones el contrato	NO	
4	Se han recibido solicitudes o requerimientos técnicos por parte del contratista y se han dado las recomendaciones respectivas.	NO	
5	El contrato ha tenido la necesidad de hacer efectivas las garantías	NO	

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
416	01	viernes, 12 de junio de 2020	SUPERVISIÓN	RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA	CRETARIO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y JUV

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR	NIT 900828141	21-may-2020	31-dic-2020	7,5	0,7	9,82%

9. CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

9.1 No.	9.2 Obligación Contractual	9.3 Actividad Desarrollada	9.4 Anexos o Sorpotes de Evidencia	9.5 Cumple	9.6 Observaciones
1	APERTURA DE CUENTA CONJUNTA CON EL OBJETO DEL CONVENIO, PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNADO POR EL MUNICIPIO DE PALMIRA	Se realiza apertura de cuenta bancaria	certificación bancaria	SI	
2	CUMPLIR CON LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA	Se han atendido los niños, niñas y adolescentes remitidos por la autoridad administrativa brindandoles atención integral y la restitución de sus derechos	Anexo 1: Ingreso y egreso de niños, niñas y adolescentes Anexo 4: Suministro de alimentos Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro de acftividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades	SI	
3	AUNAR ESFUERZOS SEGÚN EL OBJETO DEL PRESENTE CONVENIO EN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y EN PROPUESTA PRESENTADA	se da cumplimiento a esta obigación contrractual. El hogar de paso se encuentra operando según las condiciones planteadas en la propuesta presentada	Anexo 1: Ingreso y egreso de niños, niñas y adolescentes Anexo 2 y 3: Formatos DUBS y RIPS Anexo 4: Suministro de alimentos Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro de acftividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades	SI	
4	RENDIR Y ELABORAR LOS INFORMES, CONCEPTOS, ESTUDIOS Y DEMÁS TRABAJOS QUE SE LE SOLICITEN EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO	Se realizan informes solicitados	Anexo 1: Ingreso y egreso de niños, niñas y adolescentes Anexo 2 y 3: Formatos DUBS y RIPS Anexo 4: Suministro de alimentos Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro de acftividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades	SI	
5	PROGRAMAR LAS ACTIVIDADES QUE DEBA DESARROLLAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO PACTADO	se realizan las actividades programadas para lograr el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vinculados al hogar de paso indicados en cada uno de los componentes de la atención	Anexo 1: Ingreso y egreso de niños, niñas y adolescentes Anexo 4: Suministro de alimentos Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro de acftividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades	SI	
6	ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONVENIO SE LE IMPARTAN POR PARTE DEL SUPERVISOR	Se han recibido por lo menos, una visita semanal de supervisión donde se elabora un acta que contiene los puntos revisados y los compromisos a mejorar. Todos los hallazgos se han subsanado.	actas de visitas de supervisión	SI	
7	NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO	Actualmente la Fundación Hogar para una vida mejor no cuenta con sanciones administrativas debido a la gestión trasparente de sus recursos	Declaración sobre multas y sanciones	SI	

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
416	01	viernes, 12 de junio de 2020	SUPERVISIÓN	RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA	CRETARIO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y JUV

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR	NIT 900828141	21-may-2020	31-dic-2020	7,5	0,7	9,82%

8	MANTENER LA RESERVA POR LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SUMINISTRADA PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONVENIO	el talento humano vinculado al hogar de paso se compromete desde su contratación a mantener confidencialidad en el ejercicio de su labor	código ético firmado en las carpetas del talento humano vinculado al hogar de paso	SI	
9	MANTENER VIGENTES TODAS LAS GARANTÍAS QUE AMPARAN EL CONVENIO EN LOS TÉRMINOS DEL MISMO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR	las garantías que respaldan el cumplimiento de un contrato se mantienen vigentes y no se han hecho efectivas ya que el Hogar de paso no presenta incumplimiento atribuible al contratista en las obligaciones pactadas que dan lugar a la declaratoria de incumplimiento, a la caducidad del contrato y/o a la imposición de multas y la efectividad de la cláusula penal.	no aplica	SI	
10	ESTAR AFILIADO EN LOS SISTEMAS DE PENSIÓN, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES, SI A ELLOS HUBIERA LUGAR	todas las personas vinculadas al hogar de paso estan afiliados al sistema de pensión, salud y riesgos progesionales	planilla de pago de seguridad social	SI	
11	APORTAR CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES, DE POLICÍA, MEDIDAS CORRECTIVAS Y DE INHABILIDADES SEXUALES DEL PERSONAL QUE EJECUTE LAS ACTIVIDADES DENTRO DEL HOGAR DE PASO	todo el talento humano adcrito al hogar de paso cuenta con los documentos enunciados en esta obligación contractual	Documentos archivados en las carpetas del talento humano vinculado al hogar de paso	SI	
12	MANTENER ACTUALIZADO SU DOMICILIO DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL CONVENIO Y CUATRO MESES MAS Y PRESENTARSE EN LA ALCALDÍA MUNICIPAL EN EL MOMENTO EN QUE SEA REQUERIDO	El hogar de paso se encuentra operando en el domicilio indicado en el convenio. Durante el desarrollo del actual convenio no se ha realizado citación en la alcaldía	contrato de arrendamiento	SI	
13	GUARDAR LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL SOBRE LOS ASUNTOS SOMETIDOS A SU CONOCIMIENTO CON OCASIÓN DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL	el talento humano vinculado al hogar de paso se compromete desde su contratación a mantener confidencialidad en el ejercicio de su labor	código ético firmado en las carpetas del talento humano vinculado al hogar de paso	SI	
14	LA ENTIDAD PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR A ENTIDAD Y ESTA PUBLICAR EN EL SECOP II INFORMACIÓN RELATIVA A LOS SUBCONTRATOS QUE SUSCRIBA PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA O ACTIVIDAD PÚBLICO PREVISTO EL PLAN NACIONAL O SECCIONAL DE DESARROLLO, INCLUYENDO LOS DATOS REFERENTES A LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA ENTIDAD CON QUIEN CONTRATÓ Y LA INFORMACIÓN DE PAGO	El hogar de paso no ha suscrito subcontratos para el desarrollo del programa	no aplica	SI	
15					

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

1. No. CONTRATO	2. DATOS DEL INFORME		3. TIPO DE INFORME	4. DATOS DEL SUPERVISOR	
	2.1 No. Pago	2.2 Fecha del Pago		4.1 Nombre	4.2 Cargo
416	01	viernes, 12 de junio de 2020	SUPERVISIÓN	RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA	CRETARIO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y JUV

5. DATOS DEL CONTRATO

5.1 Nombre del Contratista	5.2 Identificación	5.3 Fecha de Inicio	5.4 Fecha Final	5.5 Duración (Meses)	5.6 Ejecución (Meses)	5.7 Tiempo Ejecutado (%)
FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR	NIT 900828141	21-may-2020	31-dic-2020	7,5	0,7	9,82%

10. SEGUIMIENTO FINANCIERO, CONTABLE, FISCAL Y JURÍDICO

10.1 Item	10.2 Seguimiento Financiero y Contable	10.3 SI / NO	10.4 Observaciones
1	Se hace seguimiento a la gestión financiera del contrato (Registro Presupuestal, Planeación de los pagos previstos y disponibilidad de caja)	SI	La revisión del avance financiero, se hizo al momento de la presentación de los documentos para el respectivo pago, La revisión de los documentos necesarios para el pago, se hizo al momento de la presentación de los respectivos documentos (ver soportes del pago), , El Contrato no presenta situaciones que afectan el valor total del contrato
2	Se hace revisión de los documentos necesarios para efectuar los pagos al contratista, incluyendo el recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato	SI	
3	Se ha hecho entrega de anticipos y se han amortizado en los terminos de la Ley y del contrato	No Aplica	
4	Se ha presentado modificaciones en la actividades que afecten el valor inicial del contrato	NO	

10.5 Estado fiscal del contrato

10.5.1 No.	10.5.2 Concepto	10.5.3 Ingresos	10.5.4 Egresos	10.5.5 Valor Total de Contrato + Adiciones	
1	10.5.2.1 Valor del contrato	$ 190.844.444			
2	10.5.2.2 Valor de las adiciones al contrato	$ -		$ 190.844.444	
3	10.5.2.3 Valores cancelados al contratista			10.5.6 Total Pagos al Contrato	La ejecución fiscal del Contrato va en un 12,5%, estando pendiente por pagar al Contratista la suma de: $ 166988888
4	10.5.2.4 Valor a pagar en la presente acta		$ 23.855.556		
5	10.5.2.5 Saldo por pagar al contratista		$ 166.988.888	$ 23.855.556	
6	10.5.2.6 Saldo a favor del municipio			10.5.7 % Avance	
	10.5.2.7 Sumas Iguales	**$ 190.844.444**	**$ 190.844.444**	**12,50%**	

10.5.8 Item	10.5.9 Seguimiento Jurídico	10.5.10 Cumple	10.5.11 Observaciones
1	El seguimiento jurídico del contrato busca la conformidad de la ejecución del contrato con el texto del contrato y la norma aplicable	SI	Las actividades del contrato, se desarrollaron conforme a los términos establecidos en el mismo y la normatividad aplicable al mismo

11. OBSERVACIONES

Considerando que a la fecha del presente Informe se encuentran parcialmente cumplidas y recibidas.

Teniendo en cuenta el contenido y el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato dejo constancia que no existe controversia alguna.

Para constancia de lo anterior se firma en Palmira a los **12** dias del mes de **Junio** del año **2020**



RONALD MAURICIO SANCHEZ CELADA
SUPERVISOR

Número del Contrato **416**

FECHA INICIO CONTRATO	INFORME No.	FECHA DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN REPORTADO EN EL INFORME DE ACTIVIDADES			
21/05/2020	01	12-jun-2020	Entre	21/05/2020	y	12-jun-2020
CONTRATO:	416			21/05/2020	31/12/2020	
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN HOGAR PARA UNA VIDA MEJOR		NIT	900.828.141		
OBJETO DEL CONTRATO:	AUNAR ESFUERZOS PARA LA OPERACIÓN DE UN HOGAR DE PASO EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA					

CONSIDERACIONES:

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

No.	Documento
1	Informe de Actividades - Parcial No. 01
2	CD con documentos soportes a las actividades
3	Certificado Planilla Seguridad Social
4	Cuenta Cobro
5	Certificación Bancaria

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES

No.	Obligación
1	APERTURA DE CUENTA CONJUNTA CON EL OBJETO DEL CONVENIO, PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNADO POR EL MUNICIPIO DE PALMIRA
2	CUMPLIR CON LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA
3	AUNAR ESFUERZOS SEGÚN EL OBJETO DEL PRESENTE CONVENIO EN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y EN PROPUESTA PRESENTADA
4	RENDIR Y ELABORAR LOS INFORMES, CONCEPTOS, ESTUDIOS Y DEMÁS TRABAJOS QUE SE LE SOLICITEN EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO
5	PROGRAMAR LAS ACTIVIDADES QUE DEBA DESARROLLAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO PACTADO
6	ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONVENIO SE LE IMPARTAN POR PARTE DEL SUPERVISOR
7	NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO
8	MANTENER LA RESERVA POR LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SUMINISTRADA PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONVENIO
9	MANTENER VIGENTES TODAS LAS GARANTÍAS QUE AMPARAN EL CONVENIO EN LOS TÉRMINOS DEL MISMO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR
10	ESTAR AFILIADO EN LOS SISTEMAS DE PENSIÓN, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES, SI A ELLOS HUBIERA LUGAR
11	APORTAR CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES, DE POLICÍA, MEDIDAS CORRECTIVAS Y DE INHABILIDADES SEXUALES DEL PERSONAL QUE EJECUTE LAS ACTIVIDADES DENTRO DEL HOGAR DE PASO
12	MANTENER ACTUALIZADO SU DOMICILIO DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL CONVENIO Y CUATRO MESES MAS Y PRESENTARSE EN LA ALCALDÍA MUNICIPAL EN EL MOMENTO EN QUE SEA REQUERIDO
13	GUARDAR LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL SOBRE LOS ASUNTOS SOMETIDOS A SU CONOCIMIENTO CON OCASIÓN DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL
14	LA ENTIDAD PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR A ENTIDAD Y ESTA PUBLICAR EN EL SECOP II INFORMACIÓN RELATIVA A LOS SUBCONTRATOS QUE SUSCRIBA PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA O ACTIVIDAD PÚBLICO PREVISTO EL PLAN NACIONAL O SECCIONAL DE DESARROLLO, INCLUYENDO LOS DATOS REFERENTES A LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA ENTIDAD CON QUIEN CONTRATÓ Y LA INFORMACIÓN DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Semana	Del	Al	Descripción de Actividad	Obligación No.	Soporte/Evidencia
1	**17 de mayo**	**23 de mayo**	**Actividad pedagógica mis emociones Actividad pedagógica lectura socialización y emociones actividad pedagógica conciencia sobre la naturaleza Valoración pedagógica realizada a tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso**	**2, 3, 5**	**Informe técnico mensual mes desde el 21 mayo al 12 junio . Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 9: Registro fotografico actividades**

2	**24 de mayo**	**30 de mayo**	**Caracterización a tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso Valoración sociofamiliar realizada a tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso valoración psicológica realizada a tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso valoración nutricional realizada a tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso Actividad pedagógica reconocimiento de situaciones de riesgo y peligro Actividad pedagógica control de emociones e impulsos actividad pedagógica higiene personal actividad pedagógica crecimiento personal actividad pedagógica interpretación de textos actividad pedagógica comprensión de lectura valoración pedagógica área de matemáticas Actividad pedagógica ortografía, uso del diccionario actividad pedagógica los derechos de los niños, niñas y adolescentes actividad pedagógica los valores Valoración pedagógica área español Actividad pedagógica discriminación auditiva: documental la reconquista Actividad pedagógica video de los valores actividad pedagógica prevención de violencia intrafamiliar Apertura del buzón de sugerencias Actividad psicosocial comunicación asertiva Estudio de caso tres adolescentes beneficiarios del hogar de paso Realización del platin adolescente beneficiario hogar de paso**	**2, 3, 5, 8, 14**	**Informe técnico mensual mes de mayo y junio Anexo 2 y 3: RIPS y DUBS Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro actividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades pedagogicas y psicosociales.**
3	31 de mayo	6 de junio	**Caracterización de niña beneficiara del hogar de paso Actividad pedagógica cine foro actividad pedagógica el valor de la amistad actividad pedagógica mi cuerpo actividad pedagógica hábitos saludables actividad pedagógica autoestima valoración psicológica realizada a niña beneficiara del hogar de paso valoración sociofamiliar niña beneficiara del hogar de paso actividad pedagógica emociones y decisiones actividad pedagógica autoaceptación actividad pedagógica habitos saludables Caracterización adolescente beneficiario hogar de paso valoración psicológica realizada a adolescente beneficiario hogar de paso valoración nutricional adolescente beneficiario hogar de paso Valoración sociofamiliar adolescente beneficiario hogar de paso Valoración pedagógica adolescente beneficiario hogar de paso actividad pedagógica estrategias adecuadas para defendernos: bullyng actividad pedagógica reforzar valores por medio de cuentos actividad pedagógica autocuidado apertura buzón de sugerencia actividad psicosocial tipo de conflictos Caracterización adolescente adolescente beneficiaria hogar de paso valoración sociofamiliar adolescente beneficiaria hogar de paso Valoración psicológica adolescente beneficiaria hogar de paso Valoración nutricional adolescente beneficiaria hogar de paso Valoración pedagógica adolescente beneficiaria hogar de paso Estudio de caso dos adolescentes beneficiario hogar de paso Platin dos adolescentes beneficiario hogar de paso**	**2, 3, 5, 8, 14**	**Informe técnico mensual mes de mayo y junio historias de atención de los niños, niñas y adolescentes Anexo 2 y 3: Caracterización niños, niñas y adolescentes RIPS y DUBS Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro actividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades pedagogicas y psicosociales.**

4	7 de junio	12 de junio	**Actividad pedagógica proyección de película actividad pedagógica diversa actividad pedagógica esquema corporal actividad pedagógica esquema e imagen personal actividad pedagógica resiliencia y protección actividad pedagógica resiliencia, protección y responsabilidad actividad pedagógica factores de riesgos informe término adolescente beneficiaria hogar de paso**	**2, 3, 5, 8, 14**	**Informe técnico mensual mes de mayo y junio historias de atención de los niños, niñas y adolescentes Anexo 6: Valoraciones area de la salud Anexo 7: Registro de actividades pedagogicas Anexo 8: Registro actividades psicosociales Anexo 9: Registro fotografico actividades pedagogicas y psicosociales. Anexo 10: Terminos excedidos**

No.	**OTROS**	
	Tipo	**Descripción**
1	Logro	
2	Dificultad	
3	Recomendación	

Las obligaciones generales estipuladas en el Contrato, han sido cumplidas conforme a su aplicación en el período de ejecución del mismo.

Juan S. Chaparro Cases

CONTRATISTA