2026 -04 -20 **61,549,898.00**

VERA VARGAS JUAN CARLOS

SESENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2
SAN ANDRES
Fecha : 20/04/2026

COMPROBANTE DE EGRESO N° **8137**

Beneficiario: 80150503 - VERA VARGAS JUAN CARLOS
Cuenta No: 478300023486 **Banco:** DAVIVIENDA Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA EN MATERIA JUDICIAL AL SERVICIO DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DEL 1 AL 7 PAGO DEL 4 DE FEB AL 3 DE SEPT DEL 2025

¥1§BPIN:0§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:82120§PROD:0§SECT:0§POLI:0§VALOR:73.919.400

Valor Egreso: 61,549,898.00 **Orden:** 7558
Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta N° :** 540-192671

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE LIBRE DESTINACION	0.00	61,549,898.00
249054	Honorarios	61,549,898.00	0.00
	TOTALES	**61,549,898.00**	**61,549,898.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	Despacho Del Gobernador - Servicios prestados a las empresas y servicios de producción

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.7558

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	64,679,475.00	-1.293.590,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2026 $5.027.904	-2,00	64,679,475.00	-1.293.590,00
(RTFE) RENTAS DE TRABAJO ART	-19,00	6,125,508.38	-219.000,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	64,679,475.00	-323.397,00
		-$	**3,129,577.00**
		VALOR NETO $	**61.549.898,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 8,137

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 80150503	VERA VARGAS JUAN CARLOS	61,549,898.00	478300023486	DE AHORROS	DAVIVIENDA	
	TOTAL	**61,549,898.00**				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: ASMITCHELL

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026 **Orden de Pago No. 7558**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 17-abr.-2026
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: VERA VARGAS JUAN CARLOS **Nit/C.C. :** 80150503 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7383088
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA EN MATERIA JUDICIAL AL SERVICIO DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DEL 1 AL 7 PAGO DEL 4 DE FEB AL 3 DE SEPT DEL 2025

¥1§BPIN:0§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:82120§PROD:0§SECT:0§POLI:0§VALOR:73.919.400
Programa: OFICINA ASESORA JURÍDICA

Registro Presupuestal: **307** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7383088

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	64.679.475,00
	$ 64.679.475,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	64,679,475.00	-1.293.590,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	64,679,475.00	-1.293.590,00
(RTFE) RENTAS DE TRABAJO ART	-19,000	6,125,508.38	-219.000,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	64,679,475.00	-323.397,00
			$-3.129.577,00
			$ 61.549.898,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
243615	0.00	219.000.00	Rentas de Trabajo
24403501	0.00	1.293.590.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	323.397.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	1.293.590.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	61.549.898.00	Honorarios
511179	64.679.475.00	0.00	Honorarios
	64.679.475,00	64.679.475,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de febrero de 2025 al 03 de marzo de 2025
Informe Número	1
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
N/A	N/A

5. Observaciones

Cuenta número 01

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1
Arl	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo segundo (22) día del mes de agosto de 2025

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS		CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84760330	$1.074.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	2	600	0	462.600	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	591.400	0	0	0	0	2	800	0	592.200	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	19.300				19.300	2	100	19.400			193	19.400	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	462.000	462.600
Pensión	1	591.400	592.200
Riesgos Laborales	1	19.300	19.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.074.200

PAGADA

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

CER_AFI_2026024534443

POSITIVA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS VERA VARGAS identificado con CC. 80150503 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	GOBERNACION DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
Tipo y Numero de Documento	NI - 892400038

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/28	**Fecha inicio contrato**	2025/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2025/10/01
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1691001 - Actividades juridicas, incluye el de representacion de los intereses de las partes, sea o no ante tribunales u otros
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30032026J80150503V15296631.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 28-02-2017	Código: FO-AP-GJ-38	
	ACTA DE INICIO CONTRATO	Versión: 0	Página: 1 de 1	

ACTA DE INICIO

FECHA DE INICIO	04/02/2025	**NÚMERO DEL PROCESO Y CONTRATO**	CO1.PCCNTR.7383088 CD-OAJ-0167-2025

OBJETO CONTRACTUAL		
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA ANTE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA GOBERNACIÓN DE SAN ANDRÉS APOYANDO EN MATERIA JUDICIAL, EN LA EXPEDICIÓN DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		
CONTRATISTA	**IDENTIFICACIÓN**	**REPRESENTANTE LEGAL (persona jurídica)**
JUAN CARLOS VERA VARGAS	80.150.503	N/A

GARANTÍA		
NUMERO DE POLIZA	**ASEGURADORA**	**RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE POLIZA**
N/A	N/A	N/A

SUPERVISION	**DEPENDENCIA**	**NOMBRE DEL FUNCIONARIO**
	OFICINA ASESORA JURÍDICA	SHIRLEY C. POLO RAMÍREZ

PLAZO DE EJECUCIÓN	**CETRTIFICADO DE DISPONIBILIDAD- CDP**	**REGISTRO PRESUPUESTAL**
OCHO (08) MESES	466	307

VALOR DEL CONTRATO	SETENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M.CTE. ($ 73.919.400).

FORMA DE PAGO	**ANTICIPO**	**SI**		**NO**	X	**PORCENTAJE**
	PAGO ANTICIPADO	**SI**		**NO**	X	
	Saldo restante					
	LA GOBERNACIÓN REALIZARÁ el pago en OCHO CUOTAS por valor NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M.CTE. PESOS ($ 9.239.925).					

OBSERVACIONES

FIRMAS		
JUAN CARLOS VERA VARGAS		**SHIRLEY C. POLO RAMÍREZ**
Juan Carlos Vera V.		Shirley Polo R.

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SAN ANDRES,
ARCHIPIELAGO
DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA
Y SANTA
CATALINA,
COLOMBIA,
Gobernación Departamento

09/04/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN CARLOS VERA VARGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **80150503**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550478300023486**
Fecha de apertura	**27/10/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de marzo de 2025 al 03 de abril de 2025
Informe Número	2
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$9.239.925	12.5%

5. Observaciones

Cuenta número 02

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo quinto (25) día del mes de agosto de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS		CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	31/03/2025	85073974	$1.072.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	0	0	0	462.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	591.400	0	0	0	0	0	0		591.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	462.000	462.000
Pensión	1	591.400	591.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.072.700

PAGADA

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

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de abril de 2025 al 03 de mayo de 2025
Informe Número	3
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$18.479.850	25%

5. Observaciones

Cuenta número 03

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo quinto (25) día del mes de agosto de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS	CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	02/05/2025	85866377	$1.072.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	0	0	0	462.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	591.400	0	0	0	0	0	0		591.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	462.000	462.000
Pensión	1	591.400	591.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.072.700

PAGADA

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

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de mayo de 2025 al 03 de junio de 2025
Informe Número	4
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$27.719.775	37.5%

5. Observaciones

Cuenta número 04

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo sexto (26) día del mes de agosto de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS	CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	10/06/2025	86701127	$1.076.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	6	1.800	0	463.800	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	591.400	0	0	0	0	6	2.300	0	593.700	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	19.300				19.300	6	100	19.400			193	19.400	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	462.000	463.800
Pensión	1	591.400	593.700
Riesgos Laborales	1	19.300	19.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.076.900

PAGADA

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

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de junio de 2025 al 03 de julio de 2025
Informe Número	5
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$36.959.700	50%

5. Observaciones

Cuenta número 05

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social Informe de actividades Cuadro de procesos	1 1 1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo sexto (26) día del mes de agosto de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS	CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-06	2025-06	I	01/07/2025	87443048	TOTAL A PAGAR	
					$1.072.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	0	0	0	462.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	591.400	0	0	0	0	0	0		591.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	462.000	462.000
Pensión	1	591.400	591.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.072.700

PAGADA

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

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de julio de 2025 al 03 de agosto de 2025
Informe Número	6
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$46.199.625	62.5%

5. Observaciones

Cuenta número 06

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al vigésimo sexto (26) día del mes de agosto de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS	CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-07	2025-07	I	27/08/2025	88311821	TOTAL A PAGAR	
					$1.088.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	23	6.800	0	468.800	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	591.400	0	0	0	0	23	8.700	0	600.100	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	19.300				19.300	23	300	19.600			193	19.600	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	23	0	0	0
ICBF				
0	23	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	462.000	468.800
Pensión	1	591.400	600.100
Riesgos Laborales	1	19.300	19.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.088.500

PAGADA

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

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JUAN CARLOS VERA VARGAS** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° 80.150.503 las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7383088** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-OAJ-167-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios profesionales como abogado ante la oficina asesora jurídica de la Gobernación de San Andrés apoyando en materia judicial, así como también en la expedición de documentos y actos administrativos.
Periodo Certificado	04 de agosto de 2025 al 03 de septiembre de 2025
Informe Número	7
Fecha de Suscripción del contrato	31 de enero de 2025
Fecha de Inicio	04 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	8 meses
Valor Inicial del Contrato	73.919.400
Forma y Condiciones de Pago	8 pagos mensuales por el valor de $9.239.925.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	466 del 29 de enero de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	307 del 04 de febrero de 2025
VALOR A PAGAR	**$9.239.925**
Dirección del Contratista	**Calle 12 #5-32 Oficina 1401 / Bogotá**
Correo Electrónico del Contratista	**Solin.consultor@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES (E)**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	n/a
Tipo de Modificatorio	n/a
Fecha	n/a
Cláusula Modificada	n/a
Resumen del Modificatorio	n/a

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$55.439.550	75%

5. Observaciones

Cuenta número 07

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla, pago de aportes de seguridad social	1
Informe de actividades	1
Cuadro de procesos	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, al tercer (03) día del mes de septiembre de 2025.

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: OAJ
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: E. Saams

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	80150503	JUAN CARLOS VERA VARGAS	CARRERA 6 6 D 50	3143117858	SOLIN.CONSULTOR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	27/08/2025	89087913	$1.072.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.000	0		0		0	0	0	0	462.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	591.400	0	0	0	0	0	0		591.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	462.000	462.000
Pensión	1	591.400	591.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.072.700	1.072.700

PAGADA

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