Bogotá D.C.



Doctor(a)
HECTOR GUZMAN TORRES
Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda
CRA 31D No 4 - 05
Ciudad

ASUNTO: **Informe de Actividades PERÍODO:01-Julio-2018 A 31 de Julio de 2018**
Contrato: 061-2018

Respetado(a) Doctor(a)

Accorde a los requerimientos para la presentaciòn de informes, adjunto la documentaciòn para el pago del PERÍODO:01-Julio-2018 A 31 de Julio de 2018. En cumplimiento a mis obligaciones dentro del contrato 061-2018

DOCUMENTO	CANTIDAD DE FOLIOS	UBICACIÓN FOLIO
CUENTA DE COBRO	1	1 DE 6
INFORME DE ACTIVIDADES	2	2,3 DE 6
ANEXOS	3	4 DE 6
CERTIFICADO ORFEO	4	5 DE 6
PAGO SALUD Y PENSIÒN	6	6 Y 7 DE 6
TOTAL FOLIOS		

Atentamente,

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
51962571 DE BOGOTÁ

Formato Creado por Contabilidad

FECHA **1 de agosto de 2018**

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
Carrera 39 No. 18 -10 Sur Ap. 201
3133268327
gloriapv2015@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. 6

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS

51962571 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE 2.500.000

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/cte

RESPONSABLE DEL IVA REGIMEN SIMPLIFICADO

Por concepto de :

SERVICIOS GENERADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 061-2018 GESTIÓN QUE SE LLEVO ACABO EL PERÍODO:01-Julio-2018 A 31 de Julio de 2018

CIIU: 7490

Yo: GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS Identificado como aparece al pie de mi firma
me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se

1 Pertenecen a rentas de trabajo	SI	x	NO	
2 He contratato o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad	SI		NO	x

CERTIFICO QUE: Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión

Favor consignar a la cuenta de DAVIVIENDA, CUENTA DE AHORROS 4800380315

FIRMA CONTRATISTA
GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS

GESTIÓN Y ADQUISICIÓN DE RECURSOS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO:01-Julio-2018 A 31 de Julio de 2018

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
No. CONTRATO Y FECHA	061-2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
No. DE IDENTIFICACIÓN	51962571 DE BOGOTÁ
TELÉFONO DE CONTACTO	3133268327
DIRECCIÓN	Carrera 39 No. 18 -10 Sur Ap. 201
PLAZO DE EJECUCIÓN	11 MESES
VALOR	27.500.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	3-3-1-15-07-45-1312
FECHA ACTA DE INICIO	26/01/2018
PRORROGA	N.A
ADICIÓN	N.A
SUSPENSIÓN	N.A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	25/12/2018
OBJETO DEL CONTRATO	EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA A PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LAS DIFERENTES LABORES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS QUE SURJAN DE LA GESTION DE LA JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL SEGÚN LOS ESTUDIOS PREVIOS.

DESARROLLO DEL INFORME

Nota: Incluya los campos necesarios de acuerdo a esto.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

OBLIGACIÓN ESPECIFICA 1: PRESTAR APOYO ADMINISTRATIVO DURANTE LAS SESIONES QUE REALICEN, ASISTIR Y TRANSCRIBIR LA INFORMACIÓN DE TODAS LAS SESIONES PARA DESARROLLAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES QUE LE SEAN ENCOMENDADAS POR EL PRESIDENTE DE LA CORPORACION. 2. DISTRICUIR LA CORRESPONDENCIA ORIGINADA Y RECIBIDA. 3. APOYO EN EL REGISTRO DE LOS PROYECTOS DE ACUERDO LOCAL PRESENTADOS POR LOS EDILES, EL ALCALDE LOCAL, LOS CIUDADANOS Y LAS ORGANIZACIONES DE PARTICIPACIÓN CIVIDA O COMUNITARIA Y HACER ENTREGA INMEDIATA AL PRESIDENTE DE LA LIQUIDACION 4. REGISTRAR LOS PROYECTOS A DEBATIR TANTO EN COMISIÓN COMO EN PLENARIA DE LA J.A.KL. 5. LAS DEMAS QUE SE LE ASIGNEN Y TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.

	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	ELABORACION ACTAS	INFORME CONTRATISTA	ANEXO PDF EN CD
2			
3			

	GESTION Y ADQUISICIÓN DE RECURSOS
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS
	PERÍODO:01-Julio-2018 A 31 de Julio de 2018

OBLIGACIONES GENERALES:

El contratista CUMPLIO con las obligaciones generales para el periodo reportado en el presente informe.	**SI**	**NO**
	x	

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.

Las obligaciones verificadas se ejecutaron en el tiempo programado, modo, lugar y condiciones técnicas establecidas en el contrato.

CONSIGNACIÓN CUENTA BANCARIA		DAVIVIENDA, CUENTA DE AHORROS 4800380315
FIRMA CONTRATISTA		FIRMA GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
FIRMA PROFESIONAL DE APOYO (SI APLICA)	**NOMBRE**	FIRMA HECTOR GUZMAN TORRES
	CARGO VINCULACIÓN O No. DEL CPS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222/24 – GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO


Sistema de Gestión Docume
gobiernobogota.gov.co/ccb/index_frames.php?fecha=20180727_1532702307&PHPS
Más visitados
Intranet Secretaría de ...
Alcaldía Local de Puen...
Intranet
ORFEO, Módulo de Ac...
Servicio Web Secretari...
Inicio - webTV Puente ...
Iniciar sesión en la cue...
correo
orfeo
LISTADO DE:
Enviados
USUARIO:
GLORIA LUCIA PINTOR WAGAG
DEPENDENCIA:
Area de Gestion de Desarrollo Local Puente Aranda
Radicados
Buscar
Mis Ultimos
Mis Memorandos
CARPETAS
Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.
NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

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	51962571	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS	CR 39 # 18 - 10 SUR APAR 201 BRLA	7277184	GLORIAPV2015@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACION				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	09/07/2018	26634167	5'290.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

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	51962571	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS		CR 39 # 18 - 10 SUR APAR 201 BR LA [illegible]	7277184	GLORIAPV2015@GMAIL COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D C	BOGOTA D C		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	09/07/2018	26634167	5290 300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Residente	Estudiante	Aprendiz	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	EDM	EDP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	EDM	EDP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT
CC	51962571	PINTOR VARGAS GLORIA LUCIA		0																					25-14	1 000 000	160 000	0		0	0	EPS005	1.000 000	125 000	14-23	1 000 000	1	5 300		0	0						

PAGADA

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