CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DIRECCION ADMINISTRATIVA

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 746 -- 2021

Yo, Luisa Fernanda Ramirez Feriz, del(la) DIRECCION ADMINISTRATIVA, de la Secretaría Distrital de Gobierno, en calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. 746 -- 2021, suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y ARANGO MARIN ADRIANA , identificado(a) con el No.1026275370, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones del mencionado contrato de prestación de servicios, de acuerdo con el informe presentado del periodo comprendido del 01 agosto 2021 al 31 agosto 2021.

DISTRIBUCCION DEL PAGO

Proyecto	Fuente de Financiación	Valor Aporte
7793 DESARROLLO DE ACCIONES COLECTIVAS Y CONFIANZA PARA LA CONVIVENCIA, EL DIÁLOGO SOCIAL Y LA CULTURA CIUDADANA EN BOGOTÁ	RECURSOS DISTRITALES	$ 2.048.000
	Total del Pago	$ 2.048.000

Así mismo, se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

Para constancia se firma la presente certificación, a los 31 día(s) del mes de agosto de 2021

Luisa Fernanda Ramirez Feriz
Supervisor

Reviso:Diego Pinzon

INFORME DE ACTIVIDADES N° 4 PERÍODO: 1 DE AGOSTO AL 31 AGOSTO DE 2021	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	746 -2021 / 07 DE MAYO DEL 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ADRIANA ARANGO MARÍN
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026275370
PLAZO DE EJECUCIÓN	7 MESES Y 10 DÍAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	15.018.667
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	DOS MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL PESOS MENDA CORRIENTE ($ 2,O48.000)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	7793 DESARROLLO DE ACCIONES COLECTIVAS Y CONFIANZA PARA LA CONVIVENCIA, EL DIALOGO SOCIAL Y LA CULTURA CIUDADANA EN BOGOTA
FECHA ACTA DE INICIO	07 de mayo del 2021
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS YSUSPENSIONES)	16 de diciembre del 2021
OBJETO DEL CONTRATO	PRESENTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EL LEVANTAMIENTO TECNICO DE INVENTARIOS DOCUMENTALES EN LOS ARCHIVOS DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Elaborar el inventario documental detallado por asuntos de las unidades documentales; la producción diaria deberá ser de 3 metros lineales equivalentes a 12 cajas (ref. X200), para una producción mensual de 50 metros lineales, equivalentes a 200 cajas (ref. X200).	Para el mes de agosto, inventarié 230 cajas	FUID	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD
2. Realizar la validación de los datos a consignar en cada uno de los registros del el formato de inventario documental, contra la información contenida en las unidades documentales entregadas.	Se realizado la validación de 1168 registros contenidos en el FUID	FUID	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD
3 Entregar diariamente al técnico correspondiente, en el formato Excel definido por la Entidad, el inventario documental de las cajas X200 entregadas para realizar inventario documental.	El formato se diligencia en línea en la herramienta TEAMS	FIUD	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD
4. Identificar con el número único consecutivo correspondiente, la caja y la carpeta que sean ingresadas al inventario Documental.	Para el mes de julio se realizó la identificación de 230	FUID	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5. Presentar los informes requeridos por la supervisión, relacionados con los registros e inventarios documentales de Las cajas X200 entregadas.	Para este mes se presentaron 1 planillas 4 folios.	PLANILLAS	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD
6. Apoyar el traslado y Movimiento de cajas de archivo.	Se realizó el traslado de 1700 cajas del edificio furatena	FOTOS	Se anexa las evidencias en la carpeta compartida ONEDRIVE y CD
7. Las demás que le sean asignadas en cumplimiento de lo dispuesto legalmente y aquellas de carácter imprevisto que se presenten durante la ejecución y que guarden relación con el objeto contractual.	En este periodo no se ejecutó esta actividad.	No se generó productos para cumplir con esta obligación	No se generó productos para cumplir con esta obligación

INFORMACION ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	Salud total	**Positiva**	**Porvenir**

FIRMAS	
	CONTRATISTA
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.	Firma: Nombre: Adriana Arango Marín Cédula:1026275370 Adriana Arango M
	SUPERVISOR / INTERVENTOR
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y / O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**Nombre: Luisa Fernanda Ramírez Feriz** **Cargo: Directora administrativa** Firma:
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)
	Nombre: Diego Armando Pinzón Acosta **Cargo: profesional administrativo** **Firma:**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo, Adriana Arango Marín _, identificado con cédula de ciudadanía No 1026275370 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos.

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI ( ) NO (X) soy declarante de renta por el año gravable 2020.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No 746 del año 2021.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Nota: En cumplimiento del Decreto No.1070del28 deMayode2013,Artículo2"Depuraciónde la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas		**X**
Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)*		**X**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS* - *ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		**X**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: **2020**(*ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)*		**X**
Certificación pagos a medicina propagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2020***(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)*		**X**
Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad.		**X**

Se expide y firma a los (01) días del mes de septiembre de 2021.

Firma: 

Nombre: Adriana Arango Marín
C.C: 1026275370
Dirección laboral: calle 11 N° 8-17 edificios bicentenario Teléfono laboral: 314 277 2521
Correo electrónico institucional: adriana.arango@gobiernobogota.gov.co
Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVI- CIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Persona Natural

Bogotá D. C.,

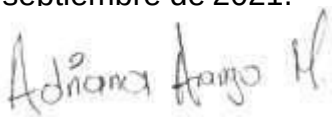
Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.
Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, Adriana Arango Marín, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 10262752370, me permito informar que actualmente SI ____ NO X ____, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 01 de septiembre de 2021.



Firma:
Nombre: Adriana Arango Marín
C.C: 1026275370
Dirección de Residencia: cra 3ª # 8-24 sur
Teléfono de contacto: 3142772521
Correo electrónico institucional: Adriana.arango@gobiernobogota.gov.co
Correo electrónico de notificación: adriarango321@gmail.com

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 1026275370		ARANGO MARIN ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2 f 2 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4624836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1106741126	9422674327	I	2021/09/16	2021/08/26	BANCO CAJA SOCIAL	0	$263,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
1	CC	1026275370	ARANGO ADRIANA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0

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 1026275370		ARANGO MARIN ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2 f 2 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4624836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1106741126	9422674327	I	2021/09/16	2021/08/26	BANCO CAJA SOCIAL	0	$263,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$263,800**	**$0**	**$0**	**$263,800**