ALCANCE INFORME DE ACTIVIDADES No. 5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO DESDE EL 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2021	
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
No. Contrato o Convenio v año de	1218 – 2021
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales a la Unidad, para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el Grupo de Retornos y Reubicaciones, para implementar en el nivel territorial el proceso de retorno, reubicación o integración local en su dimensión comunitaria de la población víctima de desplazamiento forzado, en la Dirección Territorial Chocó.
Clase de Contrato o convenio:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN
Fecha Inicio:	13 DE ABRIL DE 2021
Fecha Terminación:	31 DE DICIEMBRE DE 2021
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	53%
Nombre del contratista:	WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA
CC / Nit:	12022453
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO
Cargo del Supervisor:	Directora Territorial Chocó

I. OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No I se presenta el informe correspondiente.

1. Implementar la acciones y estrategias para la incorporación del enfoque diferencia étnico en las rutas, lineamientos y procedimientos desarrollados por la Unidad y fomentar acciones para la restitución, constitución, saneamiento o ampliación de los territorios colectivos, conforme a lo dispuesto por los Decretos con fuerza de Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
1.1.- Organización y desarrollo de proceso de concertación comunitaria en la población etnicas de Posa Manza y el Brazo del Municipio de Bahía Solano - Chocó, en el marco de la formulación de los Planes de Retornos y Reubicaciones conforme las prescripciones del Decreto 4633 del año 2011, donde las comunidade de acuerdo a

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
los hechos acontecidos y como conocedores de las afectación que les ha generado el desplazamiento forzado, de manera libre y expóntanea establecieron las acciones, que les permitirá desarrollar sus planes de vida y preservar las practicas y usos tradicionales. 1.1.1 – Acta de concertación Posa manza 1.1.1 – Acta de concertación del Brazo **1.2** Elaboración de diagnósticos situacionales de las poblaciones de Posa Manza y el Brazo del Municipio de Bahía Solano Chocó, evidenciando las principales consecuencia generadas por el desplazamiento forzado. 1.2.1 Diagnóstico situacional Posa Manza 1.2.2 Diagnóstico situacional del Brazo
Evidencia: Acta de la reunión, listado de asistencia, formato diagnóstico y elementos fotográficos

2. Apoyar y promover el cumplimiento de las órdenes de restitución de tierras y territorios y otras gestiones respecto el acceso a tierras para la población desplazada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
2.1.- Revisar el cumplimiento de órdenes judiciales en sujetos del Alto Andágueda, especificando en lo relativo a los dearades, a partir de reunión donde se verificaron los avances y se establecieron medidas estrategicas para evitar futuros requerimiento de los organos de control.
Evidencia: Actas de reunión y listado de asistencia

3. Realizar formulación, gestión, seguimiento, monitoreo y apoyo territorial, para la ejecución de esquemas especiales de acompañamiento de carácter familiar, comunitario o de estrategias que la Unidad disponga y sean dirigidos a la población víctima de desplazamiento forzado retornada y reubicada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
3.1 – Se procedió a darle trámite a solicitud de seguimiento de esquemas especiales de acompañamiento proferida emanada del Nivel Nacional, referente a dotación de elementos de salud a comunidad del Municipio del Litoral del San Juan, escalando formato, con el fin de que el ente territorial informe a la UARIV, sobre las entregas, realidad actual de los EEAC y las respectivas evidencias
Evidencias: Documento Word con pantallazos de correos

4. Proporcionar insumos para la elaboración de respuestas a derechos de petición, y requerimientos de los órganos de control.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
4.1- Se procedió a proyectar y notificar respuesta a requerimiento allegado por la Personería Municipal de Bahía Solano - Chocó, a través de la cual solicitó a la UARIV, que informara sobre el proceso de formulación de los Planes de Retornos y Reubicaciones de las Comunidades de Boro Boro, Posa Manza, Bacurú Purrú y el Brazo del Rio Alto Valle. **4.2-** Se cumplió con remitir insumos al grupo de Retornos y Reubicaciones del nivel Nacional de la UARIV, con el fin de que el mismo diera repuesta a requerimiento judicial, consistente en información relativa a las intervenciones realizadas por la Unidad para las Victimas en las Comunidades del Alto Andagueda – Municipio de Bagadó.
Evidencia: Documento word con pantallazos de correos

5. Elaborar los documentos técnicos e informes que sean solicitados por el supervisor

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
5.1- Se elaboraró y remitió al Nivel Nacional el documento técnico de concertación comunitaria de Posa Mansa y el Brazo, para efetos de aproabacióbn de acta que constituirá el futuro plan de retornos de las citadas comunidades. **5.1.1** – Acta de Posa Manza **5.1.2** –Acta del Brazo
Evidencia: Informe, registros fotográficos y listado de asistencia.

6. Asistir a las reuniones y/o comités que le sean asignadas, dejando reportes e informes de los temas tratados en las mismas y hacer el respectivo seguimiento.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
6.1- Participación en subcomite de prevención, protección y garantia de no repectición, que tenia por objeto analizar la situación actual de orden público en los Municipios de Litoral de San Juan – Chocó y Buenaventura – Valle, a través de la participación conjunta de las autoridades de los territorios afectados, con el fin de establecer medidas de intervención, para garantizar la vida, libre locomoción y demás derechos de las comunidades étnicas.
Evidencia: Acta y listado de asistencia

7. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato, que sean acordadas con el supervisor.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
7.1- Participación en reunión de repaso de los temas y ejercicios preparatorios para el desarrollo de la auditoria

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
del sistema de gestión ambiental 2021. **7.2-** Asistencia a jornada de auditar que recibío la Dirección Territorial Chocó el día 19 de agosto del año 2021, en lo relativo a la norma de seguridad y salud en el trabajo.
Evidencia: Actas y listado de asistencia

Nota: El contratista debe anexar el número total de actividades que se encuentren definidas en su contrato

Nota: El presente documento se asimila a soporte equivalente o cuenta de cobro

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O ASOCIADO** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato.

WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O PROVEEDOR** anexo soportes de las actividades que evidencian la ejecución de las tareas realizadas en el periodo correspondiente a este informe.

II. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisor del contrato No. 1218 – 2021 certifico que la contratista **WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA** realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas. Es importante mencionar que fueron ejecutadas todas las actividades objeto de desarrollo, para el periodo del presente informe.

YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO
Directora Territorial Chocó
Supervisora

UARIV
Rad No: 2021-613-034837-2
Fecha Rad:06-09-2021 08:57 AM Us 1003914178
Proceso:GT Financiera

El futuro es de todos / Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y CUENTA DE COBRO	Código	750.15.15-19
		Versión	4
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha	26/01/2021
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS	Pagina	1

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS
NIT 900.490.479-3
DEBE A

Nombre y apellidos del contratista	WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA			C.C.	12022453
Regimen tributario	NO RESPONSABLE DE IVA			Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	53%
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	53613932085
Correo electrónico contratista:	wilgen.palacios@unidadvictimas.gov.co	Telefono	3147852363	Extensiòn	

POR CONCEPTO DE

Nº del contrato	1218	Nº registro presupuestal	320121	Ciudad de ejecución	QUIBDO		
N ° Pago	5	Periodo Objeto de Pago	01-ago-21	al	31-ago-21		
Objeto contractual	PRESTAR LOS SERVICIOS						
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 4.561.870			Valor dia	$ 152.062	Total días	30
Si es Régimen Comùn Factura Nro.		Suspensiones contractuales	NO	Periodo de suspensión:			
		El contrato cuenta con Prórroga	NO	Periodo de prórroga:			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MES A PAGAR	AGOSTO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 4.561.870
Valor en Letras	CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS

CONDICION DE DECLARANTE

Sus Ingresos en el 2020 superaron $49.850.000	SI	Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2020 supero $160.232.000	NO
Es declarante de Renta?	SI	Es pensionado?	NO

Aportes - Ahorro cuenta AFC - Pensiones Voluntarias (Adjuntar carta de autorización) Mes actual	NO	Las fuentes de mis recursos son:	100%
Pago Medicina prepagada Año anterior	NO	Contrato con la Unidad de victimas	80%
Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior	NO	Contrato con otras entidades	20%
Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual	SI	TOTAL FUENTE DE RECURSOS	100%

Decreto 1680 - 17 dic 2020. Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

INFORMACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL (MES ANTERIOR)

Nº Planilla de pago Seguridad Social	7808679142	Ingreso Base de Cotizaciòn mes anterior (Honorarios x40%)	$ 1.825.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior	$ 228.200,00	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	$ 292.000,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior	$ 0,00	ARL Riesgos Mes Anterior	$ 9.600,00
TOTAL PAGADO PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL			$ 529.800,00

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO. FOLIOS _____9_____ CD ____1_____
RECUERDE LA CIRCULAR 00021 DE 2020, SU INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES ANTERIOR DEBE SUBIRLO AL SECOP II. (Ley 1712 de 2014).

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, Los aportes Voluntarios en cuentas AFC y FVP, de ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato;
3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla.
4. Toda la información aquí suministra es verídica;
5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado,
CERTIFICO:
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los misn

Autorizo el presente pago.

El Supervisor

YIANNY VANESSA PALACIOS MORENO
DIRECCION TERRITORIAL CHOCO

RADICADO GESTIÓN FINANCIERA

ORDEN DE PAGO

UARIV
Rad No: 2021-613-034837-2
Fecha Rad:06-09-2021 08:57 AM Us 1003914178
Proceso:GT Financiera

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Decreto 2345 de 2019 – Ley de Financiamiento)

Fecha 31 de agosto 2021.

Yo, **WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA,** identificado con cédula de ciudadanía número, 12022453 de Quibdó, como persona natural, dando cumplimiento al Decreto 2345 de 2019, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público [ ] Contratista [x]

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Victimas	80 %
Contrato con Otras Entidades	20 %
Total	100 %

a. Durante el año 2019 mis ingresos superaron 1.400 UVT? ($47.978.000)	SI	[X]	NO	[ ]
b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2020?	SI	[X]	NO	[ ]
c. Aportes Obligatorios de ARL?	SI	[X]	NO	[ ]
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
f. Pagos por intereses de vivienda? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
g. Dependientes? (*)	SI	[ ]	NO	[X]

Si cuenta con dependientes marque su parentesco.	PADRES	[ ]	HIJO MENOR DE EDAD	[ ]	HIJO MENOR 25 AÑOS ESTUDIANTE [ ]

(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,



Firma

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	31/03/2014	Creación del documento
2	26/02/2015	Cambios normativos-se ajustan las cuatro preguntas del cuadro certificación de calidad de declarante
3	02/02/2016	Cambios normativos- se eliminan dos filas del cuadro y se ingresa la información de los ítem a tener en cuenta para declarar renta en el 2016
4	10/03/2017	Se modificó debido al cambio del tope de ingresos por valor de $41.654.200
5	30/01/2018	Se modificó debido al cambio del tope de ingresos por valor de $44.602.600
6	25/01/2019	Se modificó debido al cambio del tope de ingresos por valor de $46.418.000
7	27/01/2020	Se modificó debido al cambio en la normatividad que rige el formato, la nueva normatividad es el Decreto 2345 de 2019 que contiene el calendario tributario nacional, por medio del cual se dictaminan las condiciones para la declaración de renta 2020, modificando el ingreso tope para declarar renta en el 2020, el valor actual modificado es de $47.978.000. Finalmente se incluyó la aclaración sobre el tipo de parentesco del funcionario o contratista en el caso que tenga dependientes.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12022453
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			WILGEN RODOLFO PALACIOS MOSQUERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CALLE 16 NO 68 71 BARRIO NIÑO JESUS	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7808679142	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111937910

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 292,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 292,000	$ 0	$ 292,000
SUBTOTALES:										$ 292,000	$ 0	$ 292,000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 228,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228,200	$ 0	$ 0	$ 228,200
SUBTOTALES:													$ 228,200	$ 0	$ 0	$ 228,200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9,600	$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 9,600
SUBTOTALES:									$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 9,600

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 12022453	PALACIOS MOSQUERA WILGEN RODOLFO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.825.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,825,000	$ 292,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 292,000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V/ UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,825,000	$ 228,200	$ 0	$ 228,200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,825,000	12022453	$ 9,600

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 529.800

Planilla Pagada

Pantallazo de registro de cuenta de cobro del mes de julio en el Secop II

