

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

SUBDIRECCION DE ASUNTOS ETNICOS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1022 -- 2021

Yo, Indi laku Sigindioy Chindoy, del(la) SUBDIRECCION DE ASUNTOS ETNICOS, de la Secretaría Distrital de Gobierno, en calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. 1022 -- 2021, suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY, identificado(a) con el No.39656772, 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 noviembre 2021 al 30 noviembre 2021.

DISTRIBUCCION DEL PAGO		
Proyecto	Fuente de Financiación	Valor Aporte
7787 Fortalecer la capacidad de la institucionalidad y de los actores sociales para establecer acciones conjuntas y sostenibles que prevengan la vulneración, garanticen, promuevan y protejan los Derechos Humanos.	RECURSOS DISTRITALES	\$ 1.800.000
	Total del Pago	\$ 1.800.000

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 06 día(s) del mes de diciembre de 2021



Indi laku Sigindioy Chindoy
Supervisor

Revisó: Diana Zarate



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

INFORME DE ACTIVIDADES NO 5 PERÍODO: 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2021	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO SABEDORA
NO. CONTRATO Y FECHA	1022 DE 27 DE JULIO DEL 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	39.656.772
PLAZO DE EJECUCIÓN	CINCO MESES DIEZ DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MDA. CTE. (\$9.600.000)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS MDA. CTE. (\$1'800.000)
NO. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	7787: FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA INSTITUCIONALIDAD Y DE LOS ACTORES SOCIALES PARA ESTABLECER ACCIONES CONJUNTAS Y SOSTENIBLES QUE PREVENGAN LA VULNERACIÓN, GARANTICEN, PROMUEVAN Y PROTEJAN LOS DERECHOS HUMANOS.
FECHA ACTA DE INICIO	27 DE JULIO DEL 2021
PRÓRROGA	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE DICIEMBRE DEL 2021
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO SABEDORA EN LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS, PARA LA ARTICULACIÓN Y ARMONIZACIÓN PROPIA DESDE LA COSMOVISIÓN DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MUISCA DE BOSA, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRESPONDIENTE DE LA META DEL PLAN DE DESARROLLO PLAN DE VIDA CONCERTADO EN EL PROCESO DE CONSULTA PREVIA DEL PLAN PARCIAL EL EDÉN EL DESCANSO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACION 1. ACOMPAÑAR LOS CÍRCULOS DE PALABRA, REUNIONES INSTITUCIONALES, ENCUENTROS COMUNITARIOS, EN EL MARCO DEL PLAN DE VIDA, CONSULTA PREVIA Y DEMÁS ESPACIOS QUE REQUIERA EN LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS.	ACTIVIDAD 1: REUNIÓN AUTORIDADES Y CONSEJO DE TERRITORIO FECHA: 2 NOVIEMBRE HORA: 10:00 AM-12:00PM LUGAR: CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN: ACOMPAÑAMIENTO CONSEJO DE TERRITORIO PARA ACUERDO DE NULIDAD CON LA CONSTRUCTORA CUZESAR	1. <u>ACTA DE REUNION PARA ACUERDOS CON NULIDAD A CUZESAR</u>	1. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°1 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 2: REUNION CONSEJO DE SALUD. FECHA: 3 DE NOVIEMBRE HORA: 9:00AM-12:00PM LUGAR: CUSMUY Y CASA DE MEDICINA DESCRIPCION: ACOMPAÑAR Y FORTALECER CONSEJO DE SALUD PARA PROPUESTA DE PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS	2. <u>ACTA DE REUNION CONSEJO DE SALUD PRESUPUESTO PARTICIPATIVO LOCAL.</u>	2. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°2 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 3: REUNION EQUIPO SAE SDG FECHA: 8 DE NOVIEMBRE HORA: 11:00AM-2:00PM LUGAR: CABILDO INDIGENA MUISCA DE BOSA DESCRIPCION: ESTRUCTURACION DEL EQUIPO SAE SDG LINEAS DE INVESTIGACION GOBIERNO JUSTICIA Y MEMORIA PROPIA.	3. <u>ACTA DE REUNION CON EQUIPO SAE SDG</u>	3. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°3 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 4: MESA TECNICA CIMB Y SDG FECHA: 9 DE NOVIEMBRE HORA: 11:30AM-1:00PM LUGAR: CABILDO MUISCA BOSA DESCRIPCION: REUNION MESA TECNICA CIMB Y SDG CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CONSULTA PREVIA	4. <u>ACTA DE REUNION MESA TECNICA CIMB Y SDG</u>	4. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°4 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).

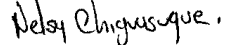
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	<p>ACTIVIDAD 5: REUNION EQUIPO SAE PLAN DE VIDA MUISCA FECHA: 16 DE NOVIEMBRE HORA: 8:30AM-11:00AM LUGAR: SEDE CABILDO MUISCA BOSA DESCRIPCION: REVISAR AVANCES DE LOS EQUIPOS DE LINEAS DE INVESTIGACION, GOBIERNO, JUSTICIA Y MEMORIA PROPIA.</p> <p>ACTIVIDAD 6: REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA Y LINEAS DE INVESTIGACION FECHA: 18 DE NOVIEMBRE HORA: 8:00AM-10:10AM LUGAR: CENTRO ARTISTICO ASADERO BAR BARBA AZUL DESCRIPCION: SOCIALIZACION DE LOS CRONOGRAMAS Y METODOLOGIAS DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION.</p> <p>ACTIVIDAD 7: REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA FECHA: 22 DE NOVIEMBRE HORA: 8:30AM-11:00AM LUGAR: SEDE CABILDO INDIGENA MUISCA. DESCRIPCION: SOCIALIZACION AVANCES DEL CRONOGRAMA Y PLAN DE ACCION DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION GOBIERNO JUSTICIA Y MEMORIA PROPIA.</p> <p>ACTIVIDAD 8: REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA Y SABEDORES FECHA: 26 DE NOVIEMBRE HORA: 8:30AM-9:30AM LUGAR: PLATAFORMA MEET DESCRIPCION: REUNION PARA HACER ARTICULACION Y DEFINICION DE LOS INSUMOS A UTILIZAR EN EL PAGAMENTO DE INICIO DE LAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>5. <u>ACTA DE REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA</u></p> <p>6. <u>ACTA DE REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA.</u></p> <p>7. <u>ACTA DE REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA.</u></p> <p>8. <u>ACTA DE REUNION EQUIPO PLAN DE VIDA Y SABEDORES</u></p>	<p>5. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°5 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>6. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°6 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>7. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°7 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>8. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°1 ACTIVIDAD N°8 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p>

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACION 2. REALIZAR LAS ARMONIZACIONES, PAGAMENTOS, CEREMONIAS Y DEMÁS RITUALES EN LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN, PLAN DE VIDA, CONSULTA PREVIA Y DEMÁS ESCENARIOS QUE REQUIERA LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS, ADEMÁS DE ORIENTAR Y DAR CONSEJO DESDE EL PENSAMIENTO Y LA ESPIRITUALIDAD, PARA LA ARMONIZACIÓN DE LOS PROCESOS A EMPRENDER.	ACTIVIDAD 1: RITUAL DE ARMONIZACION IDEARTES ACUERDO PLAN DE VIDA FECHA: 5 DE NOVIEMBRE HORA: 1:00PM-3:30PM LUGAR: CUSMUY CABILDO INDIGENA MUISCA BOSA. DESCRIPCIÓN: REALIZAR ARMONIZACION Y APERTURA PROPUESTA DANZA RITUAL IDEARTES.	1. <u>ACTA DE RITUAL DE APERTURA ACUERDO CULTURA DANZA RITUAL.</u>	1. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°2 ACTIVIDAD N°1 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 2: RITUAL Y ARMONIZACION APERTURA MESA TECNICA SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTOS ACUERDOS CONSULTA PREVIA SDG FECHA: 9 DE NOVIEMBRE HORA: 11:00AM-11:30AM LUGAR: CABILDO INDIGENA MUISCA BOSA. DESCRIPCION: REALIZAR RITUAL DE ARMONIZACION AL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE CONSULTA PREVIA CON LA SDG	2. <u>ACTA DE RITUAL Y ARMONIZACION APERTURA ACUERDOS DE CONSULTA PREVIA.</u>	2. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°2 ACTIVIDAD N°2 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 3: CIRCULO DE PALABRA LEY DE ORIGEN FECHA: 25 DE NOVIEMBRE HORA: 8:30AM-11:15AM LUGAR: CUSMUY CABILDO INDIGENA MUISCA BOSA. DESCRIPCION: ARMONIZACION Y DESARROLLO DEL CIRCULO DE PALABRA EN TORNO A LA LEY DE ORIGEN DE LA COMUNIDAD MUISCA DE BOSA	3. <u>ACTA DE LA ARMONIZACION Y CIRCULO DE PALABRA DE LA LEY DE ORIGEN.</u>	3. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°2 ACTIVIDAD N°3 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 4: ACTA RITUAL PAGAMENTO DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION. FECHA: 27 DE NOVIEMBRE HORA: 6:00AM-4:00PM LUGAR: CERRO DE MONSERRATE. DESCRIPCION: PAGAMENTO INICIAL DEL PROCESO DE INVESTIGACION EN EL MARCO DEL COMPONENTE DEL FORTALECIMIENTO DEL GOBIERNO PROPIO	4. <u>ACTA DEL PAGAMENTO DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION</u>	4. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°2 ACTIVIDAD N°4 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG)

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACION 3. APOYAR ACCIONES DE FOMENTO QUESURJAN DEL PLAN DE VIDA, CON EL FIN DE VISIBILIZAR Y PROYECTAR EL COMPONENTE PROPIO DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MUISCA DE BOSA EN LAS ACCIONES ADELANTADAS.	ACTIVIDAD 1: REUNIÓN GRUPO DE MAYORAS IDRD FECHA: 2 DE NOVIEMBRE HORA: 2:00PM-4:00PM LUGAR: CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN: ACOMPAÑAR Y FORTALECER ACTIVIDADES ACUERDO CONSULTA PREVIA E IDRD JUEGOS TRADICIONALES	1. <u>ACTA DE REUNIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO AL GRUPO DE MAYORAS</u>	1. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°1 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG)
	ACTIVIDAD 2: REUNION Y ENCUENTRO COMUNITARIO FECHA:13 DE NOVIEMBRE. HORA: 9:30AM-12:30PM LUGAR: CUSMUY CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN: ENCUENTRO COMUNITARIO CON EL FIN DE TRATAR TEMAS DE GOBERNABILIDAD DEL CABILDO INDIGENA MUISCA DE BOSA	2. <u>ACTA DE REUNION COMUNITARIA PARA TEMAS DE GOBERNABILIDAD</u>	2. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°2 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 3. REUNION GRUPO DE MAYORAS IDRD. FECHA: 16 DE NOVIEMBRE HORA: 2:00PM-4:00PM LUGAR: CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN ACOMPAÑAR Y FORTALECER ACTIVIDADES ACUERDO CONSULTA PREVIA E IDRD JUEGOS TRADICIONALES	3. <u>ACTA DE REUNIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO AL GRUPO DE MAYORAS</u>	3. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°3 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
	ACTIVIDAD 4: REUNION SABEDORES FECHA: 17 DE NOVIEMBRE HORA: 9:00AM-11:00AM LUGAR: CUSMUY CABILDO MUISCA BOSA DESCRIPCION: COORDINAR METODOLOGIA PARA PAGAMENTO DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION.	4. <u>ACTA DE REUNION PARA COORDINAR METODOLOGIA DEL PAGAMENTO</u>	4. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°4 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	<p>ACTIVIDAD 5: REUNION MAYORES AUTORIDADES Y EQUIPO PLAN DE VIDA FECHA: 16 DE NOVIEMBRE HORA: 3:00PM-6:00PM LUGAR: SEDE CABILDO INDIGENA MUISCA DESCRIPCIÓN: DAR A CONOCER LOS CRONOGRAMAS DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION PV A LOS MAYORES Y AUTORIDADES</p> <p>ACTIVIDAD 6. REUNION GRUPO DE MAYORAS EQUIPO DANZA RITUAL IDEARTES. FECHA: 23 DE NOVIEMBRE HORA: 2:00PM-4:50PM LUGAR: CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN: ACOMPAÑAR AL GRUPO DE MAYORAS EN ACUERDO IDEARTES DANZA RITUAL EN EL MARCO PLAN DE VIDA.</p> <p>ACTIVIDAD 7. REUNION CONSEJO DE SALUD FECHA: 25 DE NOVIEMBRE HORA: 6:30PM-8:30PM LUGAR: PLATAFORMA MEET DESCRIPCIÓN: ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO PARA UNIFICACION DEL TRABAJO EN MEDICINA TRADICIONAL TENIENDO EN CUENTA PROPUESTAS INTERINSTITUCIONALES.</p> <p>ACTIVIDAD 8. REUNION AUTORIDADES Y EQUIPO PLAN DE VIDA FECHA: 30 DE NOVIEMBRE HORA: 8:30AM-12:00PM LUGAR: SEDE CABILDO UNDIGENA MUISCA DESCRIPCIÓN: DAR A CONOCER AVANCE DEL CRONOGRAMA Y DOCUMENTO METODOLOGICO DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION</p>	<p>5. <u>ACTA DE REUNION CON MAYORES Y AUTORIDADES</u></p> <p>6. <u>ACTA DE REUNION CON, MAYORAS Y EQUIPO IDEARTES</u></p> <p>7. <u>ACTA DE REUNION CONSEJO DE SALUD</u></p> <p>8. <u>ACTA DE REUNION CON AUTORIDADES Y EQUIPO PLAN DE VIDA.</u></p>	<p>5. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°5 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>6. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°6 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>7. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°7 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p> <p>8. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°3 ACTIVIDAD N°8 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).</p>

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACION 4. APOYAR LA SISTEMATIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE LOS PROCESOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA COMUNIDAD, ASÍ COMO EN ACCIONES DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A ESPACIOS O INSTANCIAS COMUNITARIAS E INSTITUCIONALES.	ACTIVIDAD 1: SISTEMATIZAR FICHA DE OBSERVACION RITUAL IDEARTES FECHA: 5 DE NOVIEMBRE HORA: 9:00AM-1:00PM LUGAR: CUSMUY CABILDO MUISCA DESCRIPCIÓN: SISTEMATIZAR FICHA PARTICIPACION EN EL RITUAL DE INICIO DE LA PROPUESTA DANZAS RITUAL CON IDEARTES	1. <u>FICHA DE OBSERVACION DE PARTICIPACION EN EL RITUAL</u>	1. FICHA DE OBSERVACION (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°4 ACTIVIDAD N°1 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG)
	ACTIVIDAD 2: SISTEMATIZAR FICHA METODOLOGICA PAGAMENTO LINEAS DE INVESTIGACION FECHA: 17 DE NOVIEMBRE HORA: 3:00 PM-4:00PM LUGAR: CABILDO INDIGENA MUISCA BOSA DESCRIPCIÓN: SISTEMATIZAR FICHA METODOLOGICA E INSUMOS PARA EL PAGAMENTO DEL AVANCE DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION	2. <u>FICHA METODOLOGICA PAGAMENTO MONSERRETE</u>	2. FICHA DE OBSERVACION (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°4 ACTIVIDAD N°2 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
OBLIGACION 5. LAS DEMÁS QUE REQUIERA LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS.	ACTIVIDAD 1: CAPACITACION ¿CUAL ES TU PAPEL? FECHA: 19 DE NOVIEMBRE HORA: 10:00AM-11:00AM LUGAR: PLATAFORMA TEAMS DESCRIPCIÓN: CAPACITACION ¿CUAL ES TU PAPEL? LA CUAL PERMITE FORTALECER LOS CONOCIMIENTOS DE LOS SERVIDORES DE PLANTA Y CONTRATISTAS FRENTE AL PROGRAMA CERO PAPEL DE LA ENTIDAD.	1. <u>ACTA DE CAPACITACION ¿CUAL ES TU PAPEL?</u>	1. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°5 ACTIVIDAD N°1 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG)
	ACTIVIDAD 2: REUNION PREPARATORIA CONSEJO CONSULTIVO DE LOS PUEBLOS INDIGENAS EN BOGOTÁ. FECHA: 30 DE NOVIEMBRE HORA: 5:00PM-5:45PM LUGAR: PLATAFORMA TEAMS	2. <u>ACTA DE REUNION PREPARATORIA Y CORRINACION PARA EL CCCPI</u>	2. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA (VER CARPETA DE SOPORTES, SUBCARPETA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N°5

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	DESCRIPCION: COORDINACION Y APOYO AL CONSEJO CONSULTIVO Y DE CONCERTACION PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS.		ACTIVIDAD N°2 UBICADA EN EL ONEDRIVE DE SDG).
INFORMACIÓN 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
	FAMISANAR	POSITIVA	COLPENSIONES
FIRMAS			
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.		CONTRATISTA	
		FIRMA:  NOMBRE: MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA CÉDULA: 39656772	
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.		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		NOMBRE: INDI IAKU SIGINDIOY CHINDOY CARGO: SUBDIRECTOR DE ASUNTOS ETNICOS FIRMA: 	

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo, Maria Nelsy Chiguasuque Neuta, identificado con cédula de ciudadanía No 39.656.772 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 1022 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. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de 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) <u>(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APOORTE MENSUAL)</u>		X
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión <u>(DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)</u>		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 <u>(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)</u>		X
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2020 <u>(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)</u>		X
Certifiqué que tengo dependientes, de acuerdo con 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 dos (2) días del mes de diciembre de 2021.

Firma: Nelsy Chiguasuque

Nombre: Maria Nelsy Chiguasuque Neuta

C.C: 39.656.772

Dirección laboral: Edificio Liévano, Calle 11 No. 8-17

Teléfono laboral: (571) 3820660 - 3387000

Correo electrónico institucional: maría.chiguasuque@gobiernobogota.gov.co

Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N°1022 de 27/07/2021, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD DÍA 2 MES Diciembre AÑO 2021

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
Maria Nelsy Chiguasque Neuta	39656772	Subdirección de Asuntos Étnicos	3387000 Ext:6249

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
INGRID MAYERLY SUSA CHIGUASQUE	HIJA	25	0

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

☐	Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
☐	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito:	Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
*	Nombre del estudiante
*	Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
☒	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
☐	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
☐	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
*	Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
*	Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE MÍ

Nelsy Chiguasque

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexas por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

4638221

960521

OFICINA
REGISTRO
CIVIL

NOTARIA CINCUENTA Y SEIS

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1063

SECCION GENERAL

1. Primer apellido	SUSA	2. Segundo apellido	-CHIGUASUQUE	3. Nombres	INGRID MAYERLY
4. Sexo	FEMENINO	5. Fecha de nacimiento	21 MAYO	6. Año	1.996
7. País	COLOMBIA	8. Departamento	CUNDINAMARCA	9. Municipio	SANTAFE DE BOGOTA D.C.

SECCION ESPECIFICA

10. Clínica hospital, nombre de la institución, dirección, teléfono, correo electrónico	POLICLINICO SANTAFE DE BOGOTA		11. Hora	7:25p.m.
12. Documento presentado	13. Certificado médico	14. Nombre del médico	15. Hora	6599
16. Identificación (clase y número)	17. C.C. #	18. Nombre	19. Hora	24
20. Identificación (clase y número)	21. C.C. #	22. Nombre	23. Hora	40

24. Identificación (clase y número)	25. C.C. #	26. Nombre	27. Hora
28. Dirección postal	29. Calle	30. Nombre	31. Hora
32. Identificación (clase y número)	33. C.C. #	34. Nombre	35. Hora
36. Identificación (clase y número)	37. C.C. #	38. Nombre	39. Hora

[Firma]
LUIS MAURO SUSA RODRIGUEZ

[Firma]
ARNOLD DAVID SANDOVAL RODRIGUEZ

[Firma]
JESUS ANTONIO SANDOVAL PEREZ

[Firma]
CERVELDON RODRIGUEZ HERRERA

NOTARIA CINCUENTA Y SEIS
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA, SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO CONFORME AL DECRETO 1260 DE 1.970

FECHA DE EXPEDICION: 07 NOV. 2017
SERIAL No:

BERNI RAFAEL ESCALONA ARIZA
NOTARIO CINCUENTA Y SEIS
(encargado por resolución 11811 de 2010)



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C. Y CUNDINAMARCA
Reglamentada mediante Decreto 2463 de 2.001 (Min. Trabajo y Seguridad Social)

El suscrito Secretario de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C Y CUNDINAMARCA

CERTIFICA

Que la Sala 2 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca en decisión del día 24 DE ABRIL DE 2009, procedió a calificar a **INGRID MAYERLY SUSÁ CHIGUASUQUE** identificada con T.I. 960521-04332 y que establecidos los fundamentos de hecho y de derecho, así como los criterios de evaluación de acuerdo al Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de mayo de 1999), determinó que la pérdida de capacidad laboral es así:

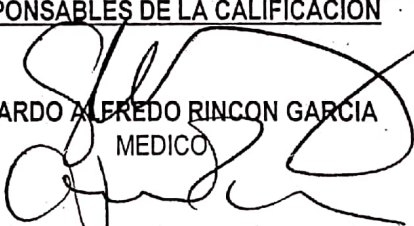
Diagnóstico:

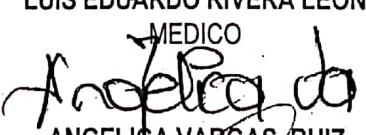
1. RETARDO MENTAL SEVERO
2. EPILEPSIA CONTROLADA

CONCEPTO:	%
Deficiencia:	32
Discapacidad:	7.5
Minusvalía:	22.5
Total P.C.L:	62

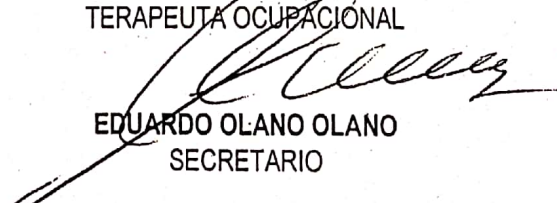
Grado de Limitación	Art. 7 Decreto 2463 /01
Moderada entre 15% y 25%	
Severa (mayor) >25% e inferior a < 50%	
Profunda igual o mayor a =>50%	X

RESPONSABLES DE LA CALIFICACION


EDUARDO ALFREDO RINCON GARCIA
MEDICO


LUIS EDUARDO RIVERA LEON
MEDICO


ANGELICA VARGAS RUIZ
TERAPEUTA OCUPACIONAL


EDUARDO OLANO OLANO
SECRETARIO

VALIDO UNICAMENTE PARA EFECTO DE RECLAMACION DE PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR ANTE LAS CAJAS DE COMPENSACION.

Contra el presente certificado no procede ningún Recurso

Recibí:

Nombre: Maria Nelly Chiguasque
C.C N° 39.656732

Huella



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

Bogotá D. C.,

Señores:

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, Maria Nelsy Chiguasuque Neuta, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 39.656.772, 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 dos (2) de diciembre de 2021.

Nelsy Chiguasuque

Firma: _____

Nombre: Maria Nelsy Chiguasuque Neuta

C.C: 39.656.772

Dirección de Residencia: Carrera 80h bis b Numero 68-10 sur

Teléfono de contacto: 312 390 1010

Correo electrónico institucional: maria.chiguasuque@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico de notificación: furachugua@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 80hb bis # 68 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-11	2021-11	34026192		9426465127	I	2021/12/17	2021/11/26	BANCO DE OCCIDENTE	\$281,200

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	\$22,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200		\$0	\$0
1	CC 39656772	CHIGUASUQUE MARIA	25-14	30	\$908,526	\$145,400	EPS017	30	\$908,526	\$113,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$908,526	\$22,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 80hb bis # 68 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	34026192	9426465127	I	2021/12/17	2021/11/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$281,200

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	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
TOTAL				1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200	