Consecutivo: 601 | 2 | Año: 2021

Numero del contrato o acuerdo: **601.00** Modalidad de Contrato: CONTRATACIÓN DIRECTA Fecha Acta de Inicio: **20/10/2021**

Nombre del Contratista: **MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA** C.C. ò Nit: **1,052,075,120** Oficina o Grupo: **GRUPO DE ESQUEMAS DE AUTOPROTECCIÓN**

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA DELEGATURA PARA LA OPERACIÓN Y SUS GRUPOS DE TRABAJO SUPV406

Ha habido modificaciones al Contrato? SI [ ] NO [X] En que consisten?

Fecha de ejecución del contrato: Del 20/10/2021 Al 30/12/2021 Plazo de ejecución: 2 (meses)

Periodo a certificar: Del 1/11/2021 Al 30/11/2021 10 (dias)

Pago a realizar: 2 De 3 Número de pagos recibidos: 0 Número de dias a certificar: 29

| | Valor inicial del contrato | Valor de la adicion del contrato | Valor Total del contrato | Valor mensual del contrato |
|---|---|---|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 9,800,000 | $ 0 | $ 9,800,000 | **$ 4,200,000** |

| | PAGO # 1 | PAGO # 2 | PAGO # 3 | PAGO # 4 | PAGO # 5 | PAGO # 6 | PAGO # 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALORES PAGADOS A LA FECHA** | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 |
| | PAGO # 8 | PAGO # 9 | PAGO # 10 | PAGO # 11 | PAGO # 12 | PAGO # 13 | PAGO # 14 |
| | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 |

**VALOR A PAGAR EN EL MES REPORTADO :** **$ 4,060,000** — **cuatro millones sesenta mil pesos m/cte**

SALDO ANTERIOR: **$9,800,000.00** NUEVO SALDO: **$5,740,000.00**

**DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR**

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

| | Número | Valor | Fecha |
|---|---|---|---|
| CDP Inicial | **58,821** | **$ 12,600,000** | **27/08/2021** |
| CDP Adición | | | |
| CDP V. Futura | | | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

| | Número | Valor | Fecha |
|---|---|---|---|
| CRP Inicial | **101321** | **$ 9,800,000** | **19/10/2021** |
| CRP Adición | | | |
| CRP V. Futura | | | |

Tipo de cuenta bancaria: **Cuenta de ahorros** Cuenta bancaria N°: **074103623** Nombre del Banco **anco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia BBV**

Regimen: **Simplificado** Actividad CIIU N° **10**

**COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:**

*Marque con una X*

- [X] Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato.
- [X] Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato.
- [X] Que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el regimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, AFP y ARL.
- [X] Que se recibió el informe, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestion Documental y consiste en: INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES

**Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:**

**PARA PAGO PARCIAL**

| Persona Natural | | Persona Jurídica | |
|---|---|---|---|
| 1. Documento equivalente a la Factura (regimen comun aportar fact | [X] | 1. Factura N° | [ ] |
| 2. Certificado cumplimiento | [X] | 2. Informe de actividades | [ ] |
| 3. Informe de actividades | [X] | 3. Planilla seguridad social | [ ] |
| 4. Planilla seguridad social | [X] | 4. Certificacion aportes parafiscales | [ ] |
| | | 5. Entrada de almacen | [ ] |
| | | 6. Acta recibido a satisfaccion | [ ] |
| | | 7. Evaluacion desempeño | [ ] |

**PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:**

| Persona Natural | | Persona Jurídica | |
|---|---|---|---|
| 1. Documento equivalente a la Factura (regimen comun aportar factura) | [ ] | 1. Factura N° | [ ] |
| 2. Certificado cumplimiento | [ ] | 2. Informe final detallado | [ ] |
| 3. Informe de actividades | [ ] | 3. Planilla seguridad social | [ ] |
| 4. Planilla seguridad social | [ ] | 4. Certificacion aportes parafiscales | [ ] |
| 5. Evaluación Desempeño del contratista | [ ] | 5. Entrada de almacen | [ ] |
| 6. Acta de Entrega | [ ] | 6. Acta recibido a satisfaccion | [ ] |
| 7. Formato Único de Inventarios Documental - FUID. | [ ] | 7. Evaluación desempeño | [ ] |
| 8 Formato Acta de no entrega de Paz y Salvo | [ ] | | |

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.**

**Nombre:** RODRIGO REAL GUERRERO

**Firma aprobación:** Firmado digitalmente: RODRIGO REAL GUERRERO PROFESIONAL DE DEFENSA CODIGO 3 1 GRADO

**RADICACIONES**

| Recursos Financieros | Grupo de Contratos |
|---|---|
| **Fecha:** | **Fecha:** |
| **Nombre:** | **Nombre:** |

CERTIFICACION
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA

*Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decrero 1070 de 2013)*

| **Fecha:** | ***30/11/2021*** |
|---|---|

*DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:*

**Datos Generales**

| | |
|---|---|
| Nombre del Contratista: | MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA |
| Numero de identificacion: | 1052075120 |
| Régimen al que pertenece: | Simplificado |

**Declaracion de ingresos:**

Los servicios tecnicos o profesionales que presto requieren del uso de materiales o equipo especializado
SI [ ] NO [X]

Los servicios tecnicos o profesionales son prestados de forma personal
SI [X] NO [ ]

Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
SI [X] NO [ ]

**Aportes obligatorios al sistema de seguridad social**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° Planilla de pago: | 54323412 | Mes que aporta: | Octubre |
| Valor aporte a EPS: | $ 190,300 | Valor aporte a AFP: | $ 243,000 |
| Valor aporte a ARL: | $ 8,000 | | |
| | | VALOR TOTAL: | $ 441,300 |

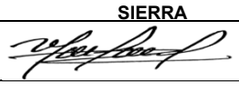
Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigacion
SI [X] NO [ ]

Soy pensionado
SI [ ] NO [X] De: _____

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta
SI [X] NO [ ]

Realizo aporte a una cuenta AFC
SI [ ] NO [X] $ 0

Durante el presente mes de esta certificacion me cancelaron gastos de desplazamiento
SI [ ] NO [X] $ 0

| | |
|---|---|
| Nombre del contratista: | **MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA** |
| Firma: |  |

DOCUMENTO EQUIVALENTE
A LA FACTURA

| DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| NOMBRE: | MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA |
| DIRECCION: | CALLE 21 # 8 A - 56 |
| TELEFONO: | 3002202882 |
| CIUDAD: | MONTERÍA - CORDOBA |
| NIT/CC: | 1052075120 |

| N° CONSECUTIVO | |
|---|---|
| 601 | 1 |
| (000): N° Contrato | (XX): Consecutivo factura |

| CONCEPTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO DE PAGO: | DEL: | 11/1/2021 | AL: | 11/30/2021 | VALOR |

| *No. CONTRATO* | *DESCRIPCIÓN DEL OBJETO* | |
|---|---|---|
| 601 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA DELEGATURA PARA LA OPERACIÓN Y SUS GRUPOS DE TRABAJO SUPV406 | **$ 4,060,000** |

| | |
|---|---|
| TIPO DE CUENTA: | Cuenta de ahorros |
| CUENTA BANCARIA N°: | 074103623 |
| BANCO: | Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia BBVA |

| | |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS | **cuatro millones sesenta mil pesos m/cte** |

| | |
|---|---|
| REGIMEN: | Simplificado |
| ACTIVIDAD CIIU No. | 10 |
| DE LA CIUDAD DE : | MONTERÍA - CORDOBA |

Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: IAYRA ALEJANDRA URANGO SIERR

Firma:

Nombre del Contratista: **MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA** N° de contrato: **601-2021**

Oficina o Grupo: **GRUPO DE ESQUEMAS DE AUTOPROTECCIÓN**

N° Informe: **2** de **3** Mes a reportar: **11** de: **2021**

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|---|
| 1 | Apoyar a la Superintendente Delegada para la Operación en las actuaciones que le correspondan a la Delegatura para la Operación de los Servicios de Vigilancia y Seguridad Privada | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 2 | Revisar, estudiar y verificar el lleno de los requisitos de los expedientes que le sean designados | Expediente con Radicados No. 2021017428 y No. 2021018604 |
| 3 | Proyectar, sustanciar y sustentar los actos administrativos, memorandos, requerimientos, oficios y documentos que le sean encomendados, así como asistir a las mesas de trabajo, comités y reuniones a los que sea citado | Expediente con Radicados No. 2021017428, No. 2021018604, No. 2021020268, No. 2021021852, No. 2021020404, No. 2021013136, No. 2021017213, No. 2021017746, No.2021017662 y No. 2021018226 |
| 4 | Efectuar análisis y conceptos con relación a los temas administrativos que le sean requeridos | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 5 | Efectuar la entrega de los actos administrativos de fondo que resuelvan solicitudes de la Delegada para la Operación y sus grupos de trabajo, respecto de los trámites asignados de conformidad con las instrucciones y plan de trabajo elaborado por el supervisor del contrato | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 6 | Tramitar, proyectar, elaborar y/o revisar respuestas a las peticiones que lleguen a la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada por los diferentes canales de recepción | Expediente con Radicados No. 2021020268, No. 2021021852, No. 2021020404, No. 2021017213, No. 2021017746, No. 2021017662 y No. 2021018226 |
| 7 | Efectuar las correcciones y ajustes sin que sean tenidas como nuevo producto y acatar las sugerencias realizadas a las actuaciones del contratista por el supervisor del contrato | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 8 | Asistir a todas las reuniones y/o capacitaciones donde sea citado por parte del supervisor, o demás coordinadores, directivos y despacho | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 9 | Organizar los expedientes físicos cuando fuere el caso y finalizar de forma definitiva los expedientes digitales que se encuentren asignados a la oficina Delegada para la Operación, tanto de vigencias anteriores como de procesos actuales, de igual forma, foliación y digitalización de los mismos de conformidad con las normas técnicas del archivo general de la nación. | Para este no fue requerido por el supervisor |
| 10 | 10. Las demás que se deriven o sean inherentes al objeto y naturaleza del contrato y que garanticen su cabal cumplimiento. | Para este no fue requerido por el supervisor |

| | |
|---|---|
| *Como **contratista** me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato.*<br><br>*Que previamente se realizo la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces.* | *Como **supervisor** de este contrato me permito certificar que:*<br>*-Se dio cumplimiento a cada una de las obligaciones específicas del contratista durante el mes a certificar, haciendo una previa verificación de las actividades ejecutadas por el contratista.*<br>*-La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.* |

| | |
|---|---|
| Firma Contratista:  | Firma Supervisor:  Firmado digitalmente: RODRIGO REAL GUERRERO PROFESIONAL DE DEFENSA CODIGO 3 1 GRADO |



Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada
Centro de Información al Ciudadano: Calle 24ª No. 59 – 42 Torre 4 Piso 3
Sede Administrativa: Avenida Calle 26 # 57-41 Torre 8 - Piso 11
PBX: (571) 3078038 Línea Gratuita Nacional: 01 8000 119703
www.supervigilancia.gov.co

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 | 1052075120 | MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA | calle 2 No. 2 - 36 | 7888273 | mayraurango@outlook.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CÓRDOBA | MONTERÍA | | 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 | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 16/12/2021 | 55458281 | $737.200 | |

## 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 | | | | | |
| ESSC07 | EPS-S Mutual Ser | 806008394-7 | 317.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 317.500 | 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 | 406.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 406.400 | 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 | 13.300 | | | | 13.300 | 0 | 0 | 13.300 | | | 133 | 13.300 | 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 | 317.500 | 317.500 |
| Pensión | 1 | 406.400 | 406.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 13.300 | 13.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 737.200 | 737.200 |

PAGADA

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 | 1052075120 | MAYRA ALEJANDRA URANGO SIERRA | | calle 2 No. 2 - 36 | 7888273 | mayraurango@outlook.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CÓRDOBA | MONTERÍA | | 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 | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 16/12/2021 | 55458281 | $737.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1052075120 | URANGO SIERRA MAYRA ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.540.000 | 406.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC07 | 2.540.000 | 317.500 | 14-23 | 2.540.000 | 1 | 13.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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