CUENTA No. 001
Contrato No. 2182 DE 2022

EL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT. 830.114.475-6

DEBE A:

AIDEE MARIA NUÑEZ RODRIGUEZ
CON C.C. 22.738.493 DE BARRANQUILLA

LA SUMA DE:

CINCO MILLONES, CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($5.054.400)

POR CONCEPTO DE: EJECUCION A SATISFACCION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO **DEL 24 AL 30 DE NOVIEMBRE 2022, DE** ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No**. 2182 de 2022.**

La cuenta se expide en Bogotá



Nombre: AIDEE MARIA NUÑEZ RODRIGUEZ
C.C. No. 22.738.493 DE BARRANQUILLA
Dirección. kra 49c No. 96A 16 apto 102
Teléfono Celular: 3002058338
Información Bancaria: Davivienda
Cuenta de Ahorros No. 28500082269
Titular: AIDEE MARIA NUÑEZ RODRIGUEZ

MINISTERIO DEL INTERIOR	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	04
	FORMATO	MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES Y DEDUCCIONES ANEXO 5	PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	24/08/2020

COPIA CONTROLADA

CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 1703 de _____2022___CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR (1)

OBJETO DEL CONTRATO: (2) : **La contratista se obliga con el Ministerio del Interior a prestar sus servicios profesionales, por sus propios medios y con plena autonomía técnica, financiera y administrativa a la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción comunal apoyando jurídicamente, las actividades relacionadas con los procesos electorales que surjan durante la vigencia 2022.**

CONTRATISTA: (3)	INTERVENTOR(ES) Y/O SUPERVISOR(ES): (4)	PERIODO: (5)
AIDEE MARIA NUÑEZ RODRIGUEZ	JUDITH ROSINA SALAZAR ANDRADE	NOVIEMBRE

No.	OBLIGACIONES (6)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)	PRODUCTO ENTREGADO/ ACTIVIDADES DESARROLLADAS (8)	OBSERVACIONES (9)
1	responder los PQRSD y SIGOBS que se le asignen en los tiempos establecidos que sean competencia de la Dirección en específico del grupo de Asuntos Electorales.	100%	6 CONTROL DOC ASIGNADOS 28735, 34204, 34286, 41795, 42800, 45594,	
2	realizar conceptos jurídicos, tutelas o derechos de petición que se le asignen, que sean competencia de la dirección, en específico del grupo de asuntos electorales.	100%	3 DERECHO DE PETICION	
3	apoyar la realización de mesas técnicas de trabajo de la VUEP y URIEL con las entidades correspondientes.	100%	2 REUINIONES REALIZADAS, CONFIRMACION DE ASITENCIA DE ENTIDADES	
4	realizar las convocatorias a talleres, reuniones o comités electorales que la dirección requiera, en especial el grupo de Asuntos Electorales.	100%	CONFIRMACION DE ASITENCIA DE ENTIDADES.	
5	apoyar el proceso de mejoramiento de la calidad de las quejas recibidas por la Unidad de Recepción Inmediata para la Transparencia Electoral URIEL y la clasificación de las mismas para que puedan ser identificadas para un seguimiento especial.	100%		
6	6. realizar tipificación de las quejas allegadas a la Unidad de Recepción Inmediata para la Transparencia Electoral URIEL por los distintos canales.	100%		
7	apoyar la elboracion del plan nacinal de grantias electorales	100%	ELABORACION DE LOS INFORMES DE LOS DEPARTAMENTOS ASIGNADOS	
8	organizar el archivo documental en fisico omagnetico según corresponda de los tramites que le sean asignados y hacer entrega del mismo al supervisor ala terminacion del contrato	100%		
9	las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor	100%		
10	Apoyar procesos de capacitación y formación que desarrolle la dirección para la democracia, la participación ciudadana y la acción comunal.	100%		

(10) SOLICITUD DE DEDUCCIONES SEGÚN ARTÍCULO 387 DEL E.T. Y ARTÍCULO 2 DEL DECRETO 0099 DE 2013 Y DEMÁS NORMAS VIGENTES

A. **POR DEPENDIENTES:** (ver instrucciones) ☐ SÍ ☑ NO solicito deducción por dependientes. (Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo *mcortes@mininterior.gov.co*)

B. **POR CONCEPTO DE INTERESES O CORRECCIÓN MONETARIA EN CRÉDITOS DE VIVIENDA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo mcortes@mininterior.gov.co)*

☐ SÍ ☑ NO Compartido ☐ SÍ ☑ NO Porcentaje Participación _____

C. **POR MEDICINA PREPAGADA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez, al correo mcortes@mininterior.gov.co , Informar a este correo novedades de retiro de ser necesario).*

D. **POR RENTAS EXENTAS-APORTES VOLUNTARIOS:** *(Adjuntar la certificación en la cuenta de cobro como anexo cuando sea necesario)*

FIRMA SUPERVISOR
NOMBRE DEL SUPERVISOR

CONTRATISTA
NOMBRE DEL CONTRATISTA

Espacio para Radicado

INFORMACIÓN GENERAL

No. DE CONTRATO __2812____ FECHA. Día_24__ Mes_11__ Año__2022_

OBJETO:

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LA DIRECCIÓN PARA LA DEMOCRACIA, IA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA ACCIÓN COMUNAL APOYANDO JURÍDICAMENTE, LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS ELECTORALES QUE SURJAN DURANTE LA VIGENCIA 2022.

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: AIDEE MARIA NUÑEZ RODRIGUEZ	
DIRECCIÓN: KRA 49 C No. 96ª -16 APTO 102	TELÉFONO: 3002058338
CÉDULA Y/O NIT: 22738493	CORREO ELECTRÓNICO: aidee_1984@hotmail.com
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): JUDITH ROSINA SALAZAR ANDRADE	
DEPENDENCIA: DIRECCION PARA LA DEMOCRACIA, LA PARTICIPACION Y LA ACCION COMUNAL	No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 2970
FECHA DE INICIO DÍA: **24** MES: **11** AÑO: 2022	**FECHA TERMINACIÓN INICIAL** DÍA: **31** MES: 12 AÑO:2022
Valor total del contrato o convenio $ 14.110.200	Valores honorarios mensuales o desembolso del convenio $ 6.318.000

VALOR IVA (Cuando aplique)	**VALOR FACTURAS** (Cuando aplique)	**VALOR DESPLAZAMIENTOS** (Cuando aplique)	**VALOR ADICIÓN** (Cuando aplique)	**PRÓRROGA** (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)	**SUSPENSIÓN**	**CESIÓN**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA**

ASPECTOS ECONÓMICOS

Número de pago	Periodo de pago	Valor a cobrar en el periodo	Pensionado
UNO	24 AL 30 de NOVIEMBRE de 2022	$ 1.474.200	Sí___ No_X__

No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones)	No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones)	
91522	37-01-22 FONDO PARA LA PARTICIPACION CIUDADANA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA	
Entidad bancaria: DAVIVIENDA	No. de cuenta bancaria: 28500082269	Tipo de cuenta: Ahorros_X_ Corriente ___

PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Entidad	Valor ($)	Periodo Mes	Periodo Año	No. de planilla
EPS	SURA	$ 252.800	10	2022	7860362130
FONDO PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 323.500			
ARL	POSITIVA	$ 10.600			

OTROS ASPECTOS ECONÓMICOS

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) y/o INTERVENTOR(ES)
(Revaluación del Proveedor)

Evalúe al contratista/proveedor teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

Ítem	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	3
2	Responsabilidad	Presentar los informes y/o soportes que le sean requeridos por el supervisor.	3
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	3
4	Calidad	Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas.	3

Informes Publicados en SECOP II

Se validó la publicación de los informes de ejecución del Contrato en la plataforma SECOP II, conforme a lo dispuesto en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014 y el Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015.

NOTA: Para el pago final se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.

OBSERVACIONES

(Novedades adicionales)

Indicar las novedades adicionales que se crea necesario informar el Contratista y/o Supervisor(es)/Interventor (es)

_____

_____

_____

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)

(Aplica solo para pago final)

El Supervisor, hace constar que el contratista CUMPLE (_X___) NO CUMPLE (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como consta en los informes, y ejecutó el mismo en un porcentaje del **_100%____.**

Por lo anterior se deja constancia que:

1. Se canceló la suma de $ _____ conforme a la cláusula ____SEXTA_____ del contrato.
2. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
3. El contratista deberá reintegrar al Ministerio la suma de $____0_____
4. El valor de la cesión es de $_____0_____
5. El Ministerio debe liberar la suma de $_____0____

FIRMA RESPONSABLE:

_____

JUDITH ROSINA SALAZAR ANDRADE

Nombres completos

Supervisor (es)/Interventor (es)

Instrucciones para el diligenciamiento (Favor borrar al imprimir o al diligenciar)

Espacio para el radicado: Espacio exclusivo para radicado Gestor Documental.
No. De contrato y fecha: Indicar número y fecha del contrato.
Objeto: Indicar el objeto del contrato tal y como aparece en el clausulado
Nombre del contratista y/o representante legal: Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato.
Dirección: Indicar dirección del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
Teléfono: Indicar número telefónico del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.
Cédula y/o NIT: Indicar número de cédula de ciudadanía o número de NIT, según aplique.
Correo electrónico: Indicar correo electrónico del contratista o de la firma.
Nombres(s) del Supervisor(es) y/o Interventor(es): Indicar el nombre completo del supervisor(es) y/o interventor(es) del contrato.
Dependencia: Indicar la dependencia donde labora el supervisor del contrato.
No. De extensión o teléfono: Indicar el teléfono y/o extensión del supervisor del contrato.
Fecha de inicio: Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción
Fecha terminación inicial: Indicar fecha de terminación del contrato.
Valor total del contrato o Convenio: Indicar valor total del contrato o convenio, incluidas adiciones si aplica.
Valores honorarios mensuales o Desembolso del Convenio: Indicar el valor total mensual de los honorarios del contratista o del convenio
Valor IVA: Indicar el valor del IVA en los casos que aplique.
Valor facturas: Indicar el valor de la factura en los casos que aplique.
Valor desplazamientos: Indicar si aplica el valor de desplazamientos del contratista, de acuerdo con el objeto contractual
Valor Adición: Indicar las adiciones que se hayan realizado al contrato, si aplica.
Prórroga: Indicar el tiempo de prórroga del contrato si aplica.
Suspensión: Indicar el tiempo de suspensión del contrato, si aplica.
Cesión: Indicar el nombre del contratista o firma que cedió el contrato, si aplica.
Terminación anticipada: Indicar la fecha en la que se suscribe la terminación anticipada del contrato.

Aspectos Económicos:

Número de pago: Indicar el número de pago que se está cobrando.
Periodo de pago: Indicar el periodo de pago que se está cobrando
Valor a cobrar en el periodo: Indicar el valor a cobrar correspondiente al periodo cobrado.
Pensionado: Indicar con una X si el contratista se encuentra pensionado o no.
No Registro (s) Presupuestal (es) a afectar y No. Subunidad Presupuestal: Indicar el Registro (s) Presupuestal (es) y la Subunidad Presupuestal, esta información se encuentra enunciada en el Registro Presupuestal de cada contrato, ver ejemplo:



SIIF Nación

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHfgutierc
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 37-01-01-22
Fecha y Hora Sistema:

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP XXXX de fecha XXXX Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	XXXX	Fecha:	2020-02-03	Unidad / Subunidad ejecutora:	XXXX			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:		Valor Total Operaciones:			Valor Actual:		Saldo x Obligar:	

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	XXXX	Razon Social:	XXXX	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:		Banco:		Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:		Nombre:		Cargo:	

CAJA MENOR				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificacion:		Fecha de Registro:		Numero:	238-20	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2020-02-03

Entidad Bancaria: Indicar el nombre de la entidad Bancaria, número de cuenta y establecer si es una cuenta de ahorros o una cuenta corriente.

No. de cuenta bancaria: Escribir en números la cuenta bancaria sin puntos ni líneas.

Tipo de cuenta: Indicar con una X si es de ahorros o corriente

Pago aportes sistema de seguridad social: Indicar la entidad, el valor, el periodo cotizado y número de planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social, discriminado los valores correspondientes a salud, pensión y ARL.

Otros Aspectos Económicos:

Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es): Indicar el concepto del supervisor según las convenciones asignadas para la evaluación del contratista.

Informes Publicados en SECOP II: El contratista mensualmente debe realizar la publicación de los informes en el SECOP II, y el supervisor debe validar dicha publicación. (No es necesario adjuntar este soporte mensualmente)
Para el último pago, **Sí** se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.

Observaciones: Indicar novedades adicionales que presente el contratista, incluyendo si para el cobro de su cuenta presenta más de dos usos presupuestales para la generación del pago.

Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es) (aplica solo para el pago final.**):** Indicar el concepto del supervisor y/o interventor del contrato, señalando el porcentaje total de ejecución del contrato, dejar constancia de la ejecución financiera del contrato,

Firmas responsables: Firmar por parte del supervisor(es) y/o Interventor(es).

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22738493
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AIDEE MARIA NUNEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA49C-96A-16	TELÉFONO:	3045691
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7860362130**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/11/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1769094688

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 323.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.500	$ 0	$ 323.500
SUBTOTALES:										**$ 323.500**	**$ 0**	**$ 323.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 252.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.800	$ 0	$ 0	$ 252.800
SUBTOTALES:													**$ 252.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 252.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.600	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:									**$ 10.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 22738493	NUÑEZ RODRIGUEZ AIDEE MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.527.200				NO		24																25-14 COLPENSIONES	24	$ 2.021.760	$ 323.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 323.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	24	$ 2.021.760	$ 252.800	$ 0	$ 252.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	24	$ 2.021.760	22738493	$ 10.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 586.900**