| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO | A-GCO-FT-086 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 16 |
| | CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA | PAGINA | 1 DE 1 |
| | | VIGENTE DESDE | 07/12/2022 |



2°
03

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE: | PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | No. | 2565 2022 | |
| OBJETO CONTRACTUAL | Prestar servicios como profesional en ciencias de la información bibliotecología documentación y archivística dentro de los procesos y procedimientos de Gestión Documental | | | | | | | |
| CONTRATISTA | EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA | | | | | CÉDULA O NIT | 1.071.838.446 | |
| CONTRATISTA CESIONARIO | N.A | | | | | CÉDULA O NIT | N.A | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones) | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 8 | NOVIEMBRE | 2022 | 7 | FEBRERO | 2023 | 8299 | 8299 |
| RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR | ☑ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ RESPONSABLE DE IVA ☐ OTRO<br>☐ GRAN CONTRIBUYENTE ☐ AUTORRETENEDOR ☐ N.A | | | | | | | |

**2. DATOS PARA EL PAGO**

| | CONTRATO | | | | ADICIÓN (Si la hubiere) | ADICIÓN (Si la hubiere) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL | $ 11.025.000 | | | | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | N/A | | | | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO | 4791 | FECHA | 4/11/2022 | NUMERO: FECHA: | NUMERO: FECHA: |
| RUBRO PRESUPUESTAL | O21202020090191111 | | | | | |
| CONCEPTO DEL RUBRO | Otros servicios de la administración pública n.c.p | | | | | |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR | $ 3.675.000 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 2 | PERIODO DEL PAGO: | DICIEMBRE |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 6.492.500 | PAC PROGRAMADO PARA: | DICIEMBRE |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 4.532.500 | VALOR: $ | 3.675.000 |
| FACTURAS No. | N/A | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☑ SÍ ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN | TIENE EMPLEADOS A CARGO | ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO |
| FORMA DE PAGO | CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS. MCTE ($3675000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo. | | |

**3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO**

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN | PORCENTAJE | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | 0,0% | 0 |

**4. DISTRIBUCION DEL GASTO**

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 31201 | 5103 20 | Gestion Documental | $ 3.675.000 |

* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCION POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCION DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN , DIVIENDO LA COLUMNA "ADICION" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

**5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)**

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: POSITIVA NIT: 860011153 | TIENE DEPENDIENTES | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | | | Nombre | Valor |
| PORVENIR | 180.400 | FAMISANAR | 140.900 | 5.900 | Si:___ No: X | | |

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia; así mismo velaré por el cumplimiento de las actividades realizadas por el contratista después del 26 de diciembre. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C., el día 26 del mes de DICIEMBRE del año 2022

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO |
|---|---|
| FIRMA | FIRMA Paola Fragozo R |
| NOMBRE: ALEJANDRA GUZMAN ARENAS | NOMBRE: PAOLA ALEXANDRA FRAGOZO RODELO |
| C.C.: 1032397172 TELF: 3779997 EXT: 1040 | C.C.: 52157173 TELF: 3779997 EXT 1201 |
| CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVA CODIGO 039 GRADO 01 | CARGO O No. DE CONTRATO: 2402/2022 |

# CONTRATO No. 2565/2022
# INFORME No.2
# PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/12 Y EL 30/12 DE 2022

**NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO: ALEJANDRA GUZMÁN ARENAS**

| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | **ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS** | **SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)** |
| 1 | Apoyar el proceso de elaboración, actualización, implementación y divulgación de las TRD del IDIPRON. | No se realizan actividades relacionadas con esta obligación debido a que, durante el mes de diciembre, las actividades realizadas se enfocan en la actualización del PGD (programa de Gestión Documental) y Manual operativo de gestión documental y política de gestión documental, con el fin de dar cumplimento al plan de acción del ala entidad. | Pantallazo del correo enviado |
| 2 | Aplicar los Instrumentos Archivísticos contemplados en el Decreto 1080 de 2015 en el Artículo 2.8.2.5.8 4. Implementación y aplicación de la Tabla de Retención Documental -TRD y Cuadro de Clasificación Documental-CCD fase de aplicación, convalidación y adopción 2014-2016 Y 2016 a la fecha | No se realizan actividades relacionadas con esta obligación debido a que, durante el mes de diciembre, las actividades realizadas se enfocan en la actualización del PGD (programa de Gestión Documental) y Manual operativo de gestión documental y política de gestión documental, con el fin de dar cumplimento al plan de acción del ala entidad. | Pantallazo del correo enviado |
| 3 | Realizar valoración, inspección, asesoría y asistencia técnica a las unidades de protección integral, áreas de derecho y unidades administrativas de IDIPRON en la realización de actividades encaminadas al manejo y administración documental de los archivos de Gestión. | Se da cumplimiento a esta actividad con la capacitación de los auxiliares del archivo misional. | Listado de asistencia |
| 4 | Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el quehacer productivo de los colaboradores del Área. | Se da cumplimiento a esta actividad con la capacitación de los auxiliares del archivo misional. | Listado de asistencia |
| 5 | Apoyar los procesos detransferencias documentales primarias acorde con las tablas de retención documental (TRD) y las tablas de valoración documental (TVD) | No se realizan actividades relacionadas con esta obligación debido a que, durante el mes de diciembre, las actividades realizadas se enfocan en la actualización del PGD (programa de Gestión Documental) y Manual operativo de gestión documental y política de gestión documental, con el fin de dar cumplimento al plan de acción del ala entidad. | Pantallazo del correo enviado |
| 6 | Realizar capacitaciones al personal contratista y de planta del IDIPRON. | Se da cumplimiento a esta actividad con la capacitación de los auxiliares del archivo misional. | Listado de asistencia |
| 7 | Apoyar las demás actividades que le | Se da cumplimiento a esta actividad con el | Listado de asistencia a la capacitación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | sean asignadas por el Supervisor. | acompañamiento a reuniones citadas por el coordinador | |
| 8 | El contratista se obliga con el IDIPRON a realizar entrega de un informe final de todas las actividades realizadas durante la ejecución del contrato, previa aprobación del supervisor | N/A | N/A |

*** Incluir todas las filas que se requieran**

**Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago. Así mismo velaré por el cumplimiento de las actividades realizadas por el contratista después del 26 de diciembre. En consecuencia, se puede tramitar el pago correspondiente.

| APORTES | Valor Cotizado | Periodo cotizado |
|---|---|---|
| SALUD | 140.900 | NOVIEMBRE/2022 |
| PENSIÓN | 180.400 | NOVIEMBRE/2022 |
| ARP | 5.900 | NOVIEMBRE/2022 |

**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:** 26 DE DICIEMBRE DE 2022

| | |
|---|---|
| **ALEJANDRA GUZMÁN ARENAS**<br>**GERENTE ADMINISTRATIVA**<br>**CÓDIGO 039 GRADO 01** | **EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA**<br>**C.C. 1071838446**<br>**CONTRATO No. 2565/2022** |

Nombre apoyo a la Supervisión: Paola Alexandra Fragozo Rodelo
Cargo: Líder Gestión Documental
Vo Bo Apoyo a la supervisión Indicar si aplica y diligenciar el campo

Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

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 | 1071838446 | EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA | carrera 48#174b-67 | 3118552124 | edwinnova022@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I - Independiente | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | 1 | 12/12/2022 | 63321525 | $327.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 140.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 140.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 180.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 180.400 | 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 | 5.900 | | | | 5.900 | 0 | 0 | 5.900 | | | 59 | 5.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Codigo 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 | 140.900 | 140.900 |
| Pension | 1 | 180.400 | 180.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 5.900 | 5.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 1 | 327.200 | 327.200 |

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 | 1071836446 | EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA | carrera 48#174b-67 | 3118552124 | edwinnova022@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 | |
| 2022-11 | 2022-11 | 1 | 12/12/2022 | 65321525 | $127.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACION NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Sueco | Extranjero Cotizante | Colombiano en el Exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. 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 | 1071836446 | HERNANDEZ NOVA EDWIN URIEL | SI | 0 | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 1.127.000 | 140.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.127.000 | 140.900 | 14-23 | 1.127.000 | 1 | 5.060 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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