DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES	CÓDIGO: GCO-020-PD-001-r-009 Versión : 03
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. 291 DEL 2019	PERIODO DEL INFORME Desde 18/04/2019 Hasta 17/05/2019

1. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora:	**DANE** [x] **FONDANE** [ ]		
Contratista:	**ERICA LUZ DIAZ MAESTRE**		
Identificación (CC. – NIT):	**49778001**		
Objeto:	TECNOLOGIA_EDIT_TH_TU Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar los procesos operativos de presentación de la encuesta, asistencia en la captura de la información a las fuentes, crítica, codificación y digitación de la información de la Encuesta de Desarrollo e Innovación Tecnológica EDIT 2017 - 2018, en las empresas del sector industria manufacturera de acuerdo al directorio asignado.		
Valor del Contrato*:	**$5.689.680**		
Plazo:	**4 Meses**		
Pago Número:	**3 de 4 por producto**		
Valor del pago	**$1.422.420** **Honorarios $ 1.347.420** **Transporte Urbano$ 75.000**		
Porcentaje de ejecución física	**80%**		
N° Registro Presupuestal y fecha	**68419 de 18 de Febrero de 2019**		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	**N/A**		
Modificaciones:	**N/A**		
Fecha de Inicio:	**18/02/2019**	**Fecha de Terminación:**	**17/06/2019**
Dependencia:	Dirección Territorial Central Sede Bogotá		
Supervisor - Cargo:	**MARTHA CECILIA HERNANDEZ GALVIS** Profesional Universitario, Código 2044 -06 Extensión 1122		

*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica.
**Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
4 Asistir permanente a las fuentes para el correcto diligenciamiento del formulario.	Se realizó asesoramiento a 17 fuentes criticadas para el correcto diligenciamiento del formulario de la Encuesta de Desarrollo e Innovación Tecnológica EDIT 2017-2018 relacionadas en el numeral 7	http://edit.dane.gov.co/EDITIIXGE/administracion/operativo.php
5 Revisar la información recibida, detectar las inconsistencias, consultar y verificar con la fuente las variaciones presentadas antes de realizar cualquier ajuste a los datos y efectuar las observaciones pertinentes	Revisé la información recibida, verifiqué con las 17 fuentes los errores y de acuerdo a los soportes recibidos se realizaron los ajustes pertinentes con previa autorización de la fuente	http://edit.dane.gov.co/EDITIIXGE/administracion/operativo.php

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES	CÓDIGO: GCO-020-PD-001-r-009 Versión : 03
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. 291 DEL 2019	PERIODO DEL INFORME Desde 18/04/2019 Hasta 17/05/2019

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
6. Grabar la información en los sistemas de procesamiento diseñados para tal fin de acuerdo a las instrucciones dadas en los manuales	Grabé la información en la plataforma de la 17 encuesta diseñada para tal fin de acuerdo a las instrucciones de los manuales	http://edit.dane.gov.co/EDITHXGE/administracion/operativo.php
7. Criticar la información suministrada por las empresas según la metodología, bajo los parámetros establecidos en los manuales y en los tiempos establecidos en el cronograma de actividades	Critiqué 17 empresas del directorio según la metodología y parámetros establecidos en los manuales y en los tiempos establecidos en el cronograma de investigación. Las empresas criticadas tiene los siguientes números de orden 3373, 5001, 120450, 120611, 120885, 121259, 121456, 122044, 620485, 841222, 842523, 842692, 843944, 844797, 845651, 845930, 846215 más una qué han sido aprobadas con número de orden 841317	http://edit.dane.gov.co/EDITHXGE/administracion/operativo.php
8. Realizar el operativo de campo para hacer seguimiento a las empresas con novedad y entregar los soportes necesarios.	Realice tres visitas de campo a las fuentes, 121320, 841686, 844236 para obtener el registro fotográfico y enviar los soportes para asignar el respectivo código de novedad.	Archivo Físico Acta de Visita / Carpeta Coordinación EDIT
10. Garantizar la calidad estadística de la información, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la metodología de la investigación.	Garantice la calidad estadística de la información con un indicador de calidad del 97,40% de acuerdo con los lineamientos establecidos en la metodología de la investigación	
17. Entregar el acta de visita respectiva y la lista de asistencia correspondiente a cada visita que se realice a cualquier fuente asignada en el directorio de la investigación.	Se entregó el acta de visita y lista de asistencia de las visitas realizadas a las fuentes 842692 y 842523	Archivo Físico Acta de Visita / Carpeta Coordinación EDIT
18. Utilizar únicamente el correo institucional para comunicarse con las empresas asignadas para recolección, ningún otro correo está autorizado y se considerara una falta grave a la reserva estadística no cumplir este requerimiento.	Utilicé únicamente el correo institucional eldiazm@dane.gov.co para comunicarme con las fuentes asignadas para recolección.	Correo Electrónico eldiazm@dane.gov.co
24. Garantizar la confidencialidad	Garanticé la confidencialidad y reserva	

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES	CÓDIGO: GCO-020-PD-001-r-009 Versión : 03
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. 291 DEL 2019	PERIODO DEL INFORME Desde 18/04/2019 Hasta 17/05/2019

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
y reserva estadística de los datos estregados por la fuente de información.	estadística de los datos estregados por la fuente de información.	
26. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	Desarrolle las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	

* Relaciones las actividades como se describen en el contrato.

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Aplica hasta mayo de 2019)

ITEM	ENTIDAD
SALUD	COOMEVA E.P.S
PENSIÓN	COLPENSIONES
ARL	POSITIVA
	RIESGO (%): TIPO 1

3.1 RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Aplica a partir de Junio de 2019)

ITEM	VALOR A DESCONTAR (Sobre el 40% del ingreso mensual) no debe ser inferior a un SMMLV. Puede ser superior al 40% Decreto 1273/18	ENTIDAD
SALUD		
PENSIÓN		
ARL		
		RIESGO (%):

CAJA DE COMPENSACION (Aplica a partir de Junio de 2019)			
ITEM	CUBRIMIENTO CAJA DE COMPENSACION	% A DESCONTAR (Sobre el 40% del ingreso mensual) no debe ser inferior a un SMMLV	ENTIDAD
CAJA DE COMPENSACION**	SERVICIOS		
	BENEFICIARIOS		

** Aplica para quien este afiliado a caja de compensación como independiente.

4. LA TOTALIDAD DE SUS INGRESOS MENSUALES ESTÁ EN EL RANGO DE: (Decreto 1273 de 2018, Artículo 3.2.7.5)	
Menor a 4 SMLV	X
Igual o superior a 4 SMLV	
Igual o superior a 16 SMLV	
Igual o superior a 17 SMLV	
Igual o superior a 18 SMLV	
Igual o Superior a 19 SMLV	
Superior a 20 SMLV	

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES	CÓDIGO: GCO-020-PD-001-r-009 Versión : 03
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. 291 DEL 2019	PERIODO DEL INFORME Desde 18/04/2019 Hasta 17/05/2019

5. DATOS DEL CONTRATO (Sólo para informe final)	
Valor inicial	
Valor total (Incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado por concepto de inicio de contrato o pago proporcional	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

6. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	SI ____ NO ___X___ Entidad que la reconoció: _____	
¿PERTENECE A ALGUN REGIMEN ESPECIAL?	SI ____ NO___X__	¿CUAL?:
INGRESO BASE DE COTIZACION POR CADA VINCULACIÓN(IBC) ($):	$828.116	
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización?	SI____ NO___X__	

7. ESTADO ORFEO

Una vez revisado ORFEO a cargo del contratista, se identificó que SI__ NO_X_ se encuentran radicados pendientes a la fecha, para el período objeto del presente informe.
La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia en el área.
Para el informe final se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente con la firma de la dependencia responsable de Orfeo.

8. ALMACEN (Solo para informe final)

Anexar Paz y Salvo Grupo Almacén e Inventarios SI__ NO__

9. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento.

Fecha de elaboración: 21/05/2019

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron a los (21) días del mes de Mayo de 2019

ERIKA LUZ DIAZ MAESTRE
Contratista

Visto Bueno del Supervisor
Nombre: **MARTHA CECILIA HERNANDEZ GALVIS**

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	49778001	ERICA LUZ DIAZ MAESTRE		CRA 32 17 141	8214075	erikadiazmtre@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
			2019/05/21		EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-04	2019-04	I	21/05/2019	34852061	$243.800	

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	103.600	0		0		0	18	1.400	0	105.000	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	132.500	0	0	0	0	18	1.800	0	134.300	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	4.400				4.400	18	100	4.500			44	4.500	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	103.600	105.000
Pensión	1	132.500	134.300
Riesgos Laborales	1	4.400	4.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	240.500	243.800

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	49778001	ERICA LUZ DIAZ MAESTRE	CRA 32 17 141	8214075	erikadiazmtre@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2019-04	2019-04	I	21/05/2019	34852061	$243.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Nombre	Extranjero	Cotiz. exterior	Pensionado	VSP	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLECTIVA	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
CC	49778001	DIAZ MAESTRE ERICA LUZ	59	0			N																25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS016	828.116	103.600	14-23	828.116	1	4.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RELACIÓN TRANSPORTE DIARIO		
TERRITORIAL: BOGOTA	FUNCIONARIO O CONTRATISTA: ERICA DIAZ MAESTRE	No. de CONTRATO: 291
NOMBRE DEL PROYECTO/INVESTIGACIÓN		
ENCUESTA EDIT		

FECHA	RUTA/ZONA GEOGRAFICA TRABAJADA	TIPO DE VEHICULO	VALOR
08/05/2019	Bosa-Teusaquillo	Trasporte publico	$ 15.200
10/05/2019	Bosa- La Estrada- Galerias	Trasporte publico	$ 19.800
14/05/2019	Bosa- La Floresta- Av 68	Trasporte publico	$ 22.100
15/05/2019	Bosa- La igualdad- Puente Grande	Trasporte publico	$ 17.900
		TOTAL	$ 75.000

OBSERVACIONES:

Erica Diaz Maestra FIRMA DEL FUNCIONARIO/A O CONTRATISTA	FIRMA DEL ENCARGADO/A DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO