UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS CAMBIAMOS PARA MEJOR NIT 900.490.473-6	FORMATO PARA TRÁMITE DE PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES	Código	750.15.15-19
		Versión	7
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha	26/01/2023
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS	Pagina	1

Nº contrato – año 1154-2023 Nº registro presupuestal 352623 Ciudad ejecución PASTO

Nombre completo contratista ALBA MONTENEGRO TERAN C.C./ID 1.085.331.301

Correo electrónico contratista alba.montenegro@unidadvictimas.gov.co Celular /Teléfono/ ext. 3135548303

Mes o período a pagar 18 mayo - 31 mayo -2023 Nº Planilla Seguridad Social y mes 4500987281-Abril

D. Valor Actual del Contrato $ 32.157.900

F. Valor Pagado Acumulado $ 0

G. Saldo Actual (=D-F) $ 32.157.900

E. Valor a pagar del período o mes **$ 2.143.860**

% IVA

Objeto Contractual: Prestar servicios profesionales a la Unidad Administrativa para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la Dirección de Reparación para apoyar al grupo de enfoque psicosocial en la implementación de la medida de Rehabilitación individual e incorporar los lineamientos del enfoque psicosocial y Acción Sin Daño, en los Centros Regionales de Atención a Víctimas de la Dirección Territorial que le sea

Observaciones y anexos (N° Factura y fecha factura)

Se remite los siguientes documentos: 1). Planilla de seguridad social del mes de abril. 2). Formato de informe de actividades diligenciado. 3). "CD" con soportes de evidencia del mes de mayo.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO COMO CONTRATISTA, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades y obligaciones del contrato indicado.
2. Anexo los soportes del pago de Seguridad Social en Salud y Pensión correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago cumpliendo la normativa vigente.
3. El RUT se encuentra actualizado según mis actividades y en caso de tener beneficios tributarios he presentado los soportes o certificados respectivos.
4. Toda la información aquí suministrada puede ser verificada y se han entregado los informes de actividades o documentos exigidos en el contrato.

Alba Montenegro

ALBA MONTENEGRO TERAN
FIRMA DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1. Que el Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Desarrolló las actividades dentro del período de cobro.
3. He verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el Contratista según la planilla relacionada de conformidad con las normas vigentes.

NOTA: REQUIERE FIRMA DE ORDENADOR DEL PAGO PARA EL FONDO DE REPARACIÓN DE VÍCTIMAS - FRV DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN No. 03875 DE 18 DE OCTUBRE DE 2022.

SANDRA XIOMARA SARRIA CRUZ
DIRECTORA TERRITORIAL NARIÑO

INFORMACIÓN G. FINANCIERA Y C.

REVISADO: _____ FECHA: _____

CAUSA DEVOLUCIÓN: _____

RADICA CUENTA: _____ FECHA: _____

OBLIGACIÓN: _____ FECHA: _____

ORDEN PAGO: _____ FECHA: _____

NOMBRE(S) COMPLETO(S)
ORDENADOR

RECIBIDO G. FINANCIERA Y C. (HORA)

Powered by CamScanner

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1 de 8

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 18/05/2023 AL 31/05/2023

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. Contrato o Convenio y año de	1154-2023
Objeto:	Prestar servicios profesionales a la Unidad Administrativa para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la Dirección de Reparación para apoyar al grupo de enfoque psicosocial en la implementación de la medida de Rehabilitación individual e incorporar los lineamientos del enfoque psicosocial y Acción Sin Daño, en los Centros Regionales de Atención a Víctimas de la Dirección Territorial que le sea asignada.
Clase de Contrato o convenio:	Prestación de servicios
Fecha Inicio:	18/05/2023
Fecha Terminación:	31/12/2023
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	6.7%
Nombre del contratista:	ALBA MONTENEGROTERAN
CC / Nit:	1085331301
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	Sandra Xiomara Sarria Cruz
Cargo del Supervisor:	Directora Territorial

I. OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No __II__ se presenta el informe correspondiente.

I.

1) 1. Realizar las llamadas a las personas registradas en las bases de datos de solicitud de atención, o por órdenes judiciales, en los tiempos establecidos, con el fin de garantizar el acceso a la medida de rehabilitación.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes, dado que a la profesional psicosocial aún no se le ha asignada la información relacionada con la base de datos de las víctimas.
Evidencia: No aplica.

2. Diligenciar la base de datos, en su totalidad y con la información pertinente como; nombre del profesional, fecha o fechas de llamada y respuesta recibida a la oferta brindada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta información no fue objeto de cumplimiento del presente mes, debido a que aún no se inicia con el proceso de llamadas a las víctimas, mas sin embargo cabe resaltar que la profesional psicosocial se

Powered by CamScanner

encuentra en proceso de capacitación.
Evidencia: No aplica

3. Implementar la estrategia de atención psicosocial individual presencial o no presencial para las víctimas que aceptaron la oferta, dando cumplimiento a las metas establecidas por el Grupo de Enfoque Psicosocial.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes, dado que la profesional psicosocial se encuentra en proceso de capacitación frente a los lineamientos que se deben seguir para garantizar la eficacia de los procesos.
Evidencia: No aplica

4. Realizar el cargue oportuno de las evidencias de la atención psicosocial realizada, en el aplicativo MAARIV, de acuerdo con los procedimientos definidos en el SIG.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes, dado que aún no se ha iniciado con la atención a víctimas, dado que antes de iniciar con la atención se debe terminar el proceso de capacitación.
Evidencia: No aplica

5. Realizar reportes mensuales del proceso de implementación de la estrategia psicosocial presencial o no presencial de acuerdo con lo establecido por el Grupo de Enfoque Psicosocial.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes, dado que aún no se recibe directriz o lineamientos para iniciar la implementación de dicha medida.
Evidencia: No aplica

6. Participar en los escenarios de formación complementaria establecidos por el Grupo de Enfoque Psicosocial.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
6.1 El día 19 de mayo del presente año se realizó formación acerca del marco legal de la ley1448 de 2011, posteriormente se socializo el plan de acción y plan de trabajo que se deberá llevar a cabo durante este periodo; como también se profundizo en el tema de estrategias de atención psicosocial, transversalización del enfoque psicosocial y acción sin daño. 6.2 El 24 de mayo se asiste a reunión convocada por la coordinadora nacional del Grupo enfoque psicosocial, para recibir directrices que orienten a los profesionales contratistas de los grupos psicosocial, en cuanto a las acciones a desarrollarse en el marco de la reparación integral a víctimas del conflicto armado, a través de las estrategias de Recuperación Emocional Individual. 6.3 El día 25 de mayo a través de la plataforma "EDUVIRTUAL" se realizó el curso: un enfoque psicosocial. 6.4 El día 26 de mayo se realiza el primer encuentro en el CRAV, donde se recibe una orientación por parte de la coordinadora del punto de atención, quien hace una socialización frente a las rutas de

Powered by CamScanner

atención que maneja la unidad, como también se realiza una articulación por parte de la coordinadora y la profesional psicosocial frente a las acciones que se van a llevar acabo con el proceso de atención psicosocial dirigido a las víctimas del conflicto armado. 6.5 Los días 29 y 30 de mayo se continuo con la revisión metodológica y apropiación de procedimientos de acuerdo a los lineamientos de la coordinación psicosocial.
Evidencia: Si aplica. 6.1 Acta de reunión y listado de asistencia.6.2 Acta de reunión. 6.3 Certificado de participación del curso Enfoque Psicosocial. 6.4 Acta de reunión y listado de asistencia. 6.5 Metodología Estrategia Individual en Colombia y en el Exterior. 6.5 Metodología para la Estrategia de Recuperación Emocional Individual. 6.5 Presentación Metodología Individual.

7. Realizar la atención de hasta mínimo 100 víctimas, con la estrategia presencial o no presencial a víctimas de órdenes judiciales y/o que han solicitado la atención.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes, debido a que para poder iniciar se debe terminar con el proceso de formación.
Evidencia: No aplica

8. Realizar y acompañar las jornadas y/o acciones de búsqueda, identificación y entrega de restos que sean asignadas.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no fue objeto de cumplimiento el presente mes dado que aún no se inicia la implementación de acciones en terreno, debido a que la profesional psicosocial se encuentra en proceso de formación.
Evidencia: No aplica

9. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean acordadas con el supervisor.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta obligación no aplica ya que la profesional psicosocial únicamente ha sido llamado a participar en la formación de temas psicosociales.
Evidencia No aplica.

Nota: El contratista debe anexar el número total de actividades que se encuentren definidas en su contrato.

Anexos: En mi calidad de CONTRATISTA O PROVEEDOR anexo soportes de las actividades que soportan la ejecución de las actividades realizadas en el periodo correspondiente a este informe.

Alba Montenegro.

ALBA MONTENEGRO TERAN
NOMBRE DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisor del contrato No. 1154 certifico que el/la contratista realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas. 6. Es importante mencionar que las actividades 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 no fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe. Cuando se trate del informe final para el último pago, se debe verificar y certificar que la totalidad de obligaciones o actividades contenidas en el contrato hayan sido desarrolladas.

Nota: Para los casos en que haya designación se debe adjuntar al primer informe el documento de designación expresa por parte del representante legal, y en caso de requerirse cambio del designado se deberá presentar la nueva designación como parte del informe al periodo que corresponda.

I. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Vo Bo

SANDRA XIOMARA SARRIA CRUZ
DIRETORA TERRITORIAL - DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO
Supervisor(a) del Contrato

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085331301
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA MONTENEGRO TERAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	CORREGIMIENTO EL ENCANO -	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4500987281**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		23			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994433956

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4500031356	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/05/17

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 82.600
SUBTOTAL:			1	**$ 82.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
837000084	EPSIC5	EPSIC5-MALLAMAS EPSI	1	$ 64.700
SUBTOTAL:			1	**$ 64.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 143.300**
VALOR MORA:	**$ 4.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 147.300**

Powered by CamScanner