

Bogotá D.C.

Alcaldía Local de Puente Aranda
R No. 2019-661-010844-2
2019-09-02 12:53 - Folios: 8 Anexos: 2 A
Destino: Área de Gestión de Desarr
Rem/D: GLORIA LUCIA PINTOR VARGA



Doctor(a)

MARIA DEL PILAR MUÑOZ TORRES

Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda

CRA 31D No 4 - 05

Ciudad

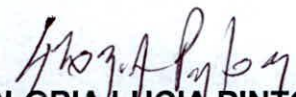
ASUNTO: Informe de Actividades **PERÍODO:** PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019
Contrato: 059 DE 2019

Respetado(a) Doctor(a)

Accorde a los requerimientos para la presentación de informes, adjunto la documentación para el pago del PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019. En cumplimiento a mis obligaciones dentro del contrato 059 DE 2019

DOCUMENTO	CANTIDAD DE FOLIOS	UBICACIÓN FOLIO
CUENTA DE COBRO	1	1
INFORME DE ACTIVIDADES	3	2, 3, 4
PAGO SALUD Y PENSIÓN	2	5, 6
ANEXOS	1	7
CERTIFICADO ORFEO	1	8
TOTAL FOLIOS		

Atentamente,


GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
51962571 DE BOGOTA

FECHA 02 DE SEPTIEMBRE DE 2019

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
CRA 39 18 10 SUR AP 201
3133268327
gloriapv2015@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. 7

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS

51,962,571 DE BOGOTA

LA SUMA DE

2.500.000

SON:

DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

Por concepto de:

SERVICIOS

GENERADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A
LA GESTIÓN 059 DE 2019

GESTIÓN QUE SE LLEVO ACABO EL PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019

CIU:

8219

Yo: GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS Identificado como aparece al pie de mi firma
me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se
encuentran clasificados de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

1 Pertenecen a rentas de trabajo

SI

X

NO

2 He contratado o vinculado dos (2) o más
trabajadores asociados a esta actividad

SI

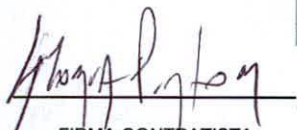
NO

X

CERTIFICO QUE: 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. (Decreto Nacional 2271 del 18 de
junio de 2009, al reglamentar parcialmente el Estatuto Tributario Nacional, en su artículo 4º, parágrafo 1º; concepto SHD 1195-
2009).

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN LA PRESENTE
CERTIFICACION ES VERAZ Y SE PUEDE COMPROBAR EN CUALQUIER MOMENTO, PARA LO CUAL OTORGO LAS
AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES.

Favor consignar a la cuenta de

BANCO: DAVIVIENDA
No. DE CUENTA: 4800380315
TIPO DE CUENTA: AHORROS
FIRMA CONTRATISTA
GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS

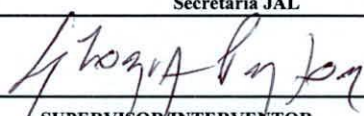
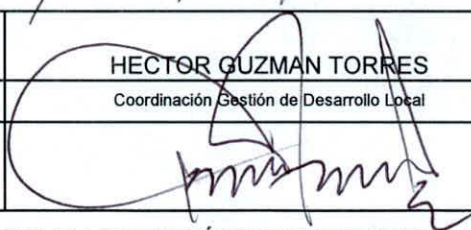
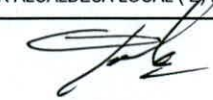
ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No	7	
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS				
PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019				
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO				
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN		
No. CONTRATO Y FECHA		059 DE 2019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA		GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS		
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN		51,962,571 DE BOGOTÁ		
PLAZO DE EJECUCIÓN		3133268327		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		CRA 39 18 10 SUR AP 201		
VALOR DEL PERÍODO DE COBRO		10 MESES		
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)		25.000.000		
FECHA ACTA DE INICIO		3-1-15-07-45-1312-00		
PRÓRROGA				
ADICIÓN		29 DE ENERO DE 2019		
SUSPENSIÓN		«FECHAS Y PLAZO DE SUSPENSIÓN»		
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y		30 DE NOVIEMBRE DE 2019		
OBJETO DEL CONTRATO)		El Contratista se obliga con el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda a prestar sus servicios de apoyo operativo a las diferentes labores administrativas que surjan de la gestión de la Junta Administradora Local, de acuerdo con los estudios previos.		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS		ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Apoyar la distribución de la correspondencia orientada y recibida.	Realizar oficios de invitación a las diferentes entidades.	oficios de invitación.	CD
2	Prestar apoyo administrativo durante las sesiones de los Ediles.	Realizar el orden del día y las actas.	Orden del día y actas del 1 al 31 de agosto de 2019.	CD

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No	7	
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS				
PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019				
3	Apoyo en el registro de los proyectos de Acuerdo Local presentados por los Ediles, el Alcalde Local, los ciudadanos y las organizaciones de participación cívica o comunitaria y hacer entrega inmediata al presidente de la liquidación.	No se radico ningun proyecto.	No se radico ningun proyecto.	
4	Registrar los proyectos a debatir tanto en comisión como en plenaria de la J.A.L.	No se radico ningun proyecto.	No se radico ningun proyecto.	
5	Las actividades relacionadas con el objeto del contrato y las demás que le asigne el supervisor del mismo.	Llevar el control de la planilla de asistencia de los ediles y cronograma de las sesiones del mes.	planilla de asistencia y cronograma del mes	CD
INFORMACIÓN ADICIONAL				
APORTES DE	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN	

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No	7	
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS				
PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2019				
SEGURIDAD SOCIAL:	EPS SANITAS	POSITIVA	COLPENSIONES	
FIRMAS				
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.			CONTRATISTA	
			Nombre:	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
			Cargo:	Secretaria JAL
			Firma:	 SUPERVISOR/INTERVENTOR
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.			Nombre:	HECTOR GUZMAN TORRES
			Cargo:	Coordinación Gestión de Desarrollo Local
			Firma:	
			APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
			Nombre:	MARIA DEL PILAR MUÑOZ TORRES
Cargo:	SUPERVISOR ALCALDESA LOCAL (E) DE PUENTE ARANDA			
Firma:				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51962571	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS	CR 39 # 18 - 10 SUR APAR 201 BR LA	7277184	GLORIAVP2015@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPC
2019-08	2019-08	I	13/08/2019	36764603	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$290.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51962571	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS	CR 39 # 18 - 10 SUR APAR 201 BR LA PINTOR	7277184	GLORIAVPV2015@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

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
2019-08	2019-08	I	13/08/2019	36764603	\$290.300

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Excepciones	Calidad vinculo	Exonerado	EPS	RET	TDE	TAE	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	UPP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	51962571	PINTOR VARGAS GLORIA LUCIA	59	0		N																25-14	1.000.000	150.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	5.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

