INFORME DE ACTIVIDADES No. 05
CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 24/05/2019 AL 31/05/2019

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	075-2019						
Objeto:	Prestar a la Dirección de Gestión Social y Humanitaria de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Victimas sus servicios de apoyo para el acompañamiento y seguimiento administrativo y técnico de los procesos y procedimientos a cargo de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria.						
Ciudad de ejecución:	Bogotá D.C.						
Clase de Contrato o convenio:	Prestación de Servicios Profesionales						
No. de Registro Presupuestal:	29519						
Fecha Inicio:	17/01/2019						
Fecha Terminación:	31/12/2019						
El contrato cuenta con prorroga:	Si		No		**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
El contrato ha tenido suspensiones:	Si	X	No		**Periodo de Suspensión**	Del 22/04/2019 al 23/05/2019	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	39 %						
Nombre del contratista:	Eliana Ramirez Medina						
CC / Nit:	1.013.648.126						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	Beatriz Carmenza Ochoa Osorio						
Cargo del Supervisor:	Directora Técnica de Gestión Social y Humanitaria (E)						

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.**

1. Apoyar las labores de carácter administrativo y operativo de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria a fin de dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos a cargo de la dirección.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
a) Por solicitud de la profesional Martha Cecilia se envía documento en digital para su conocimiento y fines pertinentes. b) Por solicitud de la profesional Lorena Conde se envía documento en digital del contrato 751-2019 para su conocimiento y fines pertinentes. c) Por solicitud de la profesional Martha Cecilia se envía documento en digital para su conocimiento y fines pertinentes.
a) Adjunto correo y documento enviado. b) Adjunto correo y documento enviado.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
c) Adjunto correo y documento enviado.

3. Llevar a cabo el trámite, control y seguimiento de la facturación y/o cuentas de cobro de los contratistas y operadores respecto de los convenios y/o contratos cuya supervisión se encuentre a cargo de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad: a) Se recepciona el informe de actividades del contrato 1596 de 2018 y se digitaliza para su control. b) Se envía en digital el informe de actividades y constancia de radicación al equipo de la SAAH para su control y seguimiento. c) Se recepciona y se digitalizan las cuentas de cobro de los contratistas de la DGSH para llevar su control.
Evidencia: a) Adjunto documento en digital. b) Adjunto correo enviado c) Adjunto imágenes en digital

4. Apoyar el trámite de radicación de los informes de supervisión de los procesos contractuales cuya supervisión se encuentre en cabeza de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
a) Se radica la cuenta del contrato 1596-2018 b) Se radican las cuentas de cobro de los contratistas de la DGSH
a) Adjunto constancia de radicación. b) Adjunto constancia de radicación.

5. Apoyar las labores administrativas y operativas derivadas de la suscripción de contratos y/o convenios en los que participa la Dirección de gestión Social y Humanitaria.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad: a) Se elabora matriz solicitada por la abogada de GGC para adelantar el proceso de contratación 2019 segundo periodo. b) Por solicitud de la profesional Martha Cecilia Vargas se incorpora HV sigep de la futura contratista Doris Amparo en su carpeta contractual. c) Por solicitud de la profesional Judith Tello se realiza corrección a los EPs y AS radicados en GGC los cuales
Evidencia: a) Adjunto correo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
b) Adjunto correo c) Adjunto correo enviado por la profesional haciendo mención a las correcciones y los PDF de las correcciones realizadas.

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

Nota: El presente documento se asimila a soporte equivalente o cuenta de cobro.

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O ASOCIADO** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato.

Eliana Ramirez Medina

ELIANA RAMIREZ MEDINA
CONTRATISTA

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.

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

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. **075** de **2019** certifico que el/la contratista **Eliana Ramirez Medina** 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. Es importante mencionar que las actividades 2,6,7,8,9,10, y 11 o 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)
Conforme a lo verificado, la contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de **OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE, ($851.720).**

NOTA: Para el trámite de pagos se deben adjuntar los documentos definidos en el "*Instructivo de Pagos*" Código 750.15.05-1 del proceso de Gestión Financiera.

BEATRIZ CARMENZA OCHOA OSORIO
Directora de Gestión Social y humanitária (E)
Supervisora de contrato

El futuro es de todos — Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO CUENTA DE COBRO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PROCEDIMIENTO DE PAGOS GESTION FINANCIERA	Código	750,15,15-19
		Versión	1
		Fecha	22/03/2019
		Pagina	1

CUENTA DE COBRO

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS

NIT. 900.490.473 - 6

DEBE A:

NOMBRE:	**ELIANA RAMIREZ MEDINA**		
ID CEDULA :	**1013648126**	DE	**BOGOTA**

LA SUMA DE:

(VALOR EN LETRAS)	**OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETENCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**
(VALOR NUMEROS)	**$ 851.720**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	**075-2019**	REGISTRO PRESUPUESTAL	**29519**
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar a la Dirección de Gestión Social y Humanitaria de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Victimas sus servicios de apoyo para el acompañamiento y seguimiento administrativo y técnico de los procesos y procedimientos a cargo de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria.		
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**24/05/2019**	y	**31/05/2019**
FECHA:	**31/05/2019**		
CIUDAD EJECUCION CONTRATO	**BOGOTA**		
TELÉFONO	**3124513947**		
CORREO ELECTRONICO	eli.ramirez747@gmail.com		
FIRMA	Eliana Ramirez Medina.		

El futuro es de todos — Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

PROCEDIMIENTO DE PAGOS

GESTION FINANCIERA

Código	750,15,15-19
Versión	V1
Fecha	22/03/2019
Pagina	1

DATOS DEL CONTRATISTA Y PERIODO OBJETO DE PAGO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	ELIANA RAMIREZ MEDINA	C.C.	1013648126	CIUDAD EJECUCION	BOGOTA
N° DEL CONTRATO	075-2019			N° REGISTRO PRESUPUESTAL	29519
N ° Pago	05	Periodo Objeto de Pago	24/05/2019	al	31/05/2019
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 851.720	Valor dia	$ 106.465	Total dias	8
Correo electrónico contratista:	eliana.ramirez@unidadvictimas.gov.co	Telefono	7965150	Extensión	2045
Régimen Simplificado	SI	Es declarante de Renta?	NO	Es pensionado?	NO
Régimen Común	NO	Si es Régimen Común Factura Nro.			
Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO				
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	23728452391
Sus Ingresos en el 2018 superaron $46.418.000	NO				
Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2019 supero $113.091.000	NO				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MES A PAGAR	MAYO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 851.720
Valor en Letras	OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago Seguridad Social Mes Anterior	8333557375
Ingreso Base de Cotización mes anterior - (Valor Honorarios)	$ 1.277.582
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior	$ 159.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	$ 204.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior	$ -
ARL Riesgos Mes Anterior	$ 6.700
Aportes - Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización) Mes actual	NO
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias Mes Actual	NO
Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior	NO
Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual	SI

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO FOLIOS 4 CD 1

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

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión; Los aportes Voluntarios en cuentas AFC y FVP, de ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato;
3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla
4. Toda la información aquí suministra es verídica;
5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Eliana Ramirez Medina

ELIANA RAMIREZ MEDINA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:
- tista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- tista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- ado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista
- la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad
- s vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor

Beatriz Carmenza Ochoa Osorio

BEATRIZ CARMENZA OCHOA OSORIO
Directora de Gestion Social y Humanitaria (E)

TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL

7/6/2019 orfeo.unidadvictimas.gov....

UARIV

Rad No: 2019-711-1311387-2

Fecha Rad: 07/06/2019 15:19:09 Us ANGELICA.CASTILL

Proceso: GT Financiera

CUENTA PO

RADICADO GESTIÓN FINANCIERA

ORDEN DE PAGO

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Ley 1819 de 2016 - Reforma Tributaria)

Fecha 31-05-2019

Yo, **Eliana Ramirez Medina**, identificado con cédula de ciudadanía número, **1.013.648.126** de Bogotá como persona natural, dando cumplimiento a la Ley 1819 de 2016, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público [ ] Contratista [x]

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Victimas	100 %
Contrato con Otras Entidades	%
Total	100 %

a. Durante el año 2018 mis ingresos superaron 1.400 UVT? ($46.418.000)	SI	[ ]	NO	[x]
b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2018?	SI	[ ]	NO	[x]
c. Aportes Obligatorios de ARL? (*)	SI	[x]	NO	[ ]
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI	[ ]	NO	[x]
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI	[x]	NO	[ ]
f. Pagos por intereses de vivienda? (*)	SI	[ ]	NO	[x]
g. Dependientes? (*)	SI	[x]	NO	[ ]

(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,

Eliana Ramirez Medina

Firma

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ELIANA RAMIREZ MEDINA
No. Identificación: CC1013648126
Dirección: CALLE 24 SUR 12-61
Telefono: 3735409
Correo: eli.ramirez74@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8334425647

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ELIANA RAMIREZ MEDINA
Tipo y número de identificación	CC1013648126
Número de planilla	8334425647
Fecha pago	2019-05-10
Número de autorización pago	47045955
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2019
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371700
Total Intereses de Mora	800

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6800	1
230301	Porvenir	204900	1
EPS008	Compensar EPS	160000	1

8334425647

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013648126
APELLIDOS Y NOMBRES: ELIANA RAMIREZ MEDINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1277582	1277582	1277582	0	159700	0	204500	0	6700	0

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ELIANA RAMIREZ MEDINA identificado(a) con cedula ciudadania No. 1013648126, funcionario(a) de ELIANA RAMIREZ MEDINA, canceló la suma de QUINIENTOS ONCE MIL CIENTO CUARENTA PESOS ($511.140,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2018

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parentesco	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
ELIANA RAMIREZ MEDINA	1013648126	TR	$ 486,800	$ 24,340	$ 511,140
Total			**$ 486,800**	**$ 24,340**	**$ 511,140**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 29 días del mes de enero de 2019.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 296565

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59986118

NUIP 1011255833

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [5 0] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ] A 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: NIÑO

Segundo Apellido: RAMIREZ

Nombre(s): LEANDRO SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes MAR Día 16

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 15354108-9

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con libre matrimonio, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ MEDINA ELIANA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 1013648126

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con libre matrimonio, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: NIÑO RINCON GERMAN LEANDRO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80774335

Nacionalidad: colombiana

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO RINCON GERMAN LEANDRO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80774335

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de Inscripción: Año 2019 Mes MAY Día 26

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción: BLANCA AZUCENA GARCIA MANRIQUE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: BLANCA AZUCENA GARCIA MANRIQUE

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 107 FOLIO 124

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.

REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento Válido para acreditar parentesco

Se expide a solicitud de Germán Leandro Niño

BLANCA AZUCENA GARCIA MANRIQUE

NOTARIA (E)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA