

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL		Código: 760.10.15-35
	GESTIÓN CONTRACTUAL		Versión: 04
	SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS		Fecha: 22/03/2019
			Páginas: 1 de 4

INFORME DE ACTIVIDADES No.3 (3/11) CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/04/2019 AL 30/04/2019					
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
No. Contrato o convenio:	649 -2019				
Objeto:	Prestar sus servicio de apoyo a la gestion de la Direccion de Asuntos Etnicos para atender y orientar a la poblacion de pertenencia etnica en los Centros Locales de Atencion a Victimas CLAV en la ciudad de Bogota.				
Ciudad de ejecución:	Bogotá				
Clase de Contrato o convenio:	Prestación de Servicios profesionales y de apoyo a la Gestión.				
No. de Registro Presupuestal:	103319				
Fecha Inicio:	02 de febrero de 2019				
Fecha Terminación:	31 de diciembre de 2019				
El contrato cuenta con prorroga:	Si	☐	No	☒	Fecha de terminación incluyendo prorroga
El contrato ha tenido suspensiones:	Si	☐	No	☒	Periodo de Suspensión
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	26,65%				
Nombre del contratista:	MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE				
CC / Nit:	1117493746				
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	LUZ PATRICIA CORREA MADRIGAL				
Cargo del Supervisor:	Directora Técnica Asuntos Étnicos				

- 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) Realizar procesos de divulgacion y socializacion de normas, lineaminetos y rutas especificas para la implementacion de las medidas propias de los decretos Ley etnicos a comunidades etnicas y funcionarios dentro de los Centros Locales de Atencion a Victimas" CLAV"

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: No aplica para este periodo

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: 760.10.15-85
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 04
	SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS	Fecha: 22/03/2019
		Páginas: 1 de 4

- 2) Realizar la orientación, atención y acompañamiento a comunidades étnicas víctimas en las diferentes rutas y protocolos establecidos en los decretos ley en los Centros Locales de Atención a Víctimas Chapinero "CLAV"

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: No aplica para este periodo

- 3) Apoyar cuando lo requiera el supervisor o la Dirección de asuntos étnicos en las jornadas de atención y/O información a la población étnica víctima del conflicto armado.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
3.1. Realicé listado de la población en matriz actualizada, información sobre la población víctima indígena en Bogotá. Desde la casa de pensamiento indígena.
Evidencia:
3.1.1. Acta.
3.1.2. Matriz datos de los pueblos corte 30 de abril

- 4) Realizar el acompañamiento en los procesos de declaración y atención de la población víctima indígena cuando se requiera de traductor en los Centros Locales de Atención a Víctimas "CLAV"

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: No aplica para este periodo

- 5) Realizar la atención y orientación a la población víctima indígena desde la casa de pensamiento indígena cuando así se requiera por la Dirección de Asuntos étnicos y supervisor del contrato

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
5.1. Realicé el acompañamiento en el CLAV de Chapinero a los procesos de oferta institucional de atención de la población víctima indígenas de los pueblos Kankuamos, Koreguaje y Misak- Misak.
Evidencia:
5.1.1. Acta y listado de asistencia

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL		Código: 760.10.15-35
	GESTIÓN CONTRACTUAL		Versión: 04
	SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS		Fecha: 22/03/2019
			Páginas: 1 de 4

- 6) Aportar los insumos para la elaboración de las respuestas a derechos de petición y construcción de informes que soliciten organismos de control y otras entidades, relacionadas con la implementación de los Decretos Ley y autos de la corte constitucional, y relacionados a su actividad contractual

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: - No aplica para este periodo

- 7) Realizar informes mensuales sobre el seguimiento que se realice a los casos individuales y colectivos asignados por el supervisor del contrato.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: - No aplica para este periodo

- 8) Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato del contrato que sean acordadas con el supervisor.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad:
Evidencia: No aplica para este periodo

Nota: El contratista debe anexar el número 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, artículo 4, párrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato


MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE

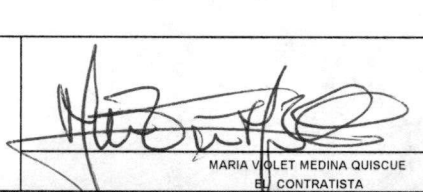
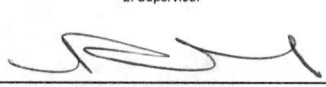
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: 760.10.15-35
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 04
	SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS	Fecha: 22/03/2019
		Páginas: 1 de 4

Nota: Para los casos en que haya designación se debe adjuntar al primer informe el documento de designación expresa por.

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 649-2019 certifico que la contratista María violet 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 # 1,2,4,6,7 y 8 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 Dos millones doscientos treinta y un mil doscientos ochenta pesos M/CTE, (\$2.231.280).

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.


LUZ PATRICIA CORREA MADRIGAL
 Directora Técnica Asuntos Étnicos

 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		Código 750.15.15-19
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS		Versión V1
	GESTION FINANCIERA		Fecha 22/03/2019
			Pagina 1
DATOS DEL CONTRATISTA Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA N° DEL CONTRATO N° Pago Valor Periodo Objeto de Pago Correo electrónico contratista: Régimen Simplificado Régimen Común Presta Servicios Excluidos de IVA ? Banco al cual consignar: Sus ingresos en el 2018 superaron \$46.418.000 Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2019 supero \$113.091.000	MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE 549-2019 3 \$ 2.231.280 MARIA.VIOLET.MEDINA@VTMINS.CO SI NO NO BANCO DE BOGOTA S. A. NO NO	C.C. N° REGISTRO PRESUPUESTAL Valor día Telefono Es declarante de Renta? Si es Régimen Común Factura Nro. Tipo de cta N° Cuenta	1117493746 103319 01/04/2019 al 30/04/2019 \$ 74.376 7965150 NO NO 398171207
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
MES A PAGAR Valor Periodo Objeto de Pago en pesos Valor en Letras		ABRIL \$ 2.231.280 DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTAY UN MILDOCIENTOS OCHENTAS 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 Ingreso Base de Cotización mes anterior - (Valor Honorarios) Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior ARL Riesgos Mes Anterior Aportes - Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización) Mes actual Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias Mes Actual Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual		1018853299 1.200.000 \$ 150.000 \$ 192.000 \$ 0 0 NO NO NO NO	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO FOLIOS 2 CD 1			
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplo 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.		 MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE EJ. CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.		Autorizo el presente pago. El Supervisor  LUZ PATRICIA CORREA MADRIGAL DIRECTORA TECNICA DE ASUNTOS ETNICOS	
TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL		RADICADO GESTIÓN FINANCIERA	
UARIV  Rad No: 2019-711-156644-2 Fecha Rad: 03/09/2019 16:01:05 Us: EIDY.YEPES Proceso: GT Financiera		ORDEN DE PAGO	



El futuro
es de todos

Unidad para la atención
y reparación integral
a las víctimas

PROCEDIMIENTO DE PAGOS
GESTION FINANCIERA

Código	710,14,15-7
Versión	1
Fecha	22/03/2019
Página	1

CUENTA DE COBRO

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS

NIT. 900.490.473 - 6

DEBE A:

NOMBRE:

MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE

ID CEDULA :

1117493746

DE

FLORENCIA CAQUETA

LA SUMA DE:

(VALOR EN LETRAS)

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINA Y UN MILDOCIENTOS OCHENTAS PESOS

(VALOR NUMEROS)

\$

2.231.280

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.

649-2019

REGISTRO PRESUPUESTAL

103399

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicio de apoyo a la gestion de la Direccion de Asuntos Etnicos para atender y orientar a la poblacion de pertenencia etnica en los Centros Locales de Atencion a Victimas Clav en la ciudad de Bogota.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:

01/04/2019

30/04/2019

FECHA:

30/04/2019

CIUDAD EJECUCION CONTRATO

BOGOTA

TELÉFONO

7965150

CORREO ELECTRONICO

MARIA.MEDINA@UNIDADVICTIMAS.GOV.CO

FIRMA

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Ley 1819 de 2016 - Reforma Tributaria)

Fecha 30 de abril de 2019

Yo, MARÍA VIOLET MEDINA QUISCUE, identificado con cédula de ciudadanía número, 1117493746 de FLORENCIA CAQUETA como persona natural, dando cumplimiento a la Ley 1819 de 2016, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público ☐Contratista ☒

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Víctimas

100 %

Contrato con Otras Entidades

%

Total

100 %

a. Durante el año 2018 mis ingresos superaron 1.400 UVT? (\$46.418.000)

SI

☐

NO

☒

b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2018?

SI

☐

NO

☒

c. Aportes Obligatorios de ARL? (*)

SI

☐

NO

☒

d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)

SI

☐

NO

☒

e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)

SI

☐

NO

☒

f. Pagos por intereses de vivienda? (*)

SI

☐

NO

☒

g. Dependientes? (*)

SI

☒

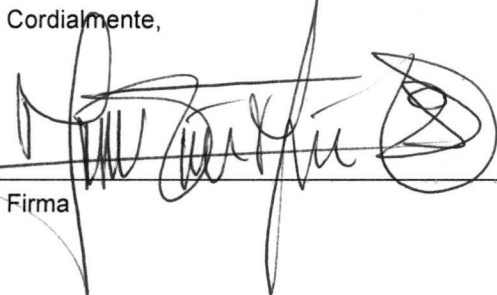
NO

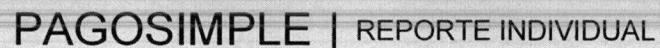
☐**(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones**

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,

Firma





Fecha creación reporte	2019-08-13, 08:50:36 a.m.	Tipo Planilla	Y	Número Planilla	1018853299	Referencia pago(PIN)	8899609900
		Periodo Cotización	201903		Periodo Servicio	201903	

PAGADA 2019-03-11 09:46:14.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE				
Documento	CC 1117493746	Dirección	KR 9 # 9 - 60		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1234567		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1117493746		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					MEDINA QUISCUE MARIA VIOLET	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades													Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión					Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales											
ING	TSE	TAE	TAP	VSP	CCR	VST	SLN	IOE	LMA	VAC	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	
													0	30	30	0				\$ 1.200.000	230201	16 %	\$ 1.200.000	\$ 192.000	\$ 0	\$ 0	EPS037	12,5 %	\$ 1.200.000	\$ 150.000	\$ 0	14-11	3	2.436 %	\$ 1.200.000	\$ 29.300	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 192.000	\$ 0	\$ 0	\$ 150.000	\$ 29.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.300



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59239070

NUIP 1.081.424.940



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	L E B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
REGISTRADURÍA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
MEDINA		QUISCUE	
Nombre(s)			
ANTONIO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2010	MAR	04	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA HUILA LA PLATA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15378842-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
MEDINA QUISCUE MARIA VIOLET	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.117.493.746	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MEDINA QUISCUE MARIA VIOLET	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.117.493.746	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año Mes Día	
2010 MAR 20	DORA LILIANA OSPINA VALDEZ - REGI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

05183822

