INFORME DE ACTIVIDADES No. 5 (5/11)

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/06/2019 AL 30/06/2019

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 cuidad 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:	103399						
Fecha Inicio:	02 de febrero de 2019						
Fecha Terminación:	31 de diciembre de 2019						
El contrato cuenta con prorroga:	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
El contrato ha tenido suspensiones:	Si		No	X	**Periodo de Suspensión**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	44,91%						
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 espacificas 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

2) Realizar la orientacion, atencion y acompañamiento a comunidades etnicas victimas en las diferentes rutas y protocolos estableciodos en los decretos ley en los Centros Locales de Atencion a Victimas 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 Direccion de asuntos etnicos en las jornadas de atencion y/O informacion a la poblacin etnica victima del conflicto armado.

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

4) Realizar el acompañamiento en los procesos de declaracion y atencion de la poblacion victima inidgena cuando se requiera de traductor en 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

5) Realizar la atencion y orientacion a la poblacion victima inidgena desde la casa de pensamiento inidgena cuando asi se requiera por la Direccion de Asuntos etnicos y supervisor del contrato

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad 5.1. Se brinda información de casos atendidos y se remiten a la personería para los derechos de las victimas, de los pueblos indígenas nasa y tubu. Desde la casa de pensamiento indígena
Evidencia: 5.1.1. Acta y listado de asistencia.

6) Aportar los insumos para la elaboracion de las respuestas a derechos de peticion y construccion de inoformes que soliciten organismos de control y otras entidades, relacionadas con la implementacion 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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
6.1. Realicé Listado inicial de la población, indígena victima que tienen identificada las afectaciones, para que hagan parte del proceso de PAPSIVI, desde la casa de pensamiento indígena
Evidencia: 6.1.1. Acta y listado de asistencia.

7) Realizar inoformes mensuales sobre el siguimiento 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 7.1. Se brinda información a los pueblos indígenas del estado actual sujetos colectivos con presencia en Bogotá y de los que no hacen parte de este proceso en este caso el pueblo, Kamentsa. Desde la casa de pensamiento indígena.
Evidencia: 7.1.1. Acta y listado de asistencia.

8) Cumplir las demas 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 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 titulo 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



MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE

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 **Maria 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 # 1,2,3,4, 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

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	MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE	C.C.	1117493746	CIUDAD EJECUCION	BOGOTA
Nº DEL CONTRATO	649-2019	Nº REGISTRO PRESUPUESTAL	103319		
N ° Pago	5	Periodo Objeto de Pago	01/06/2019	al	30/06/2019
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 2.231.280	Valor dia	$ 74.376	Total dias	30
Correo electrónico contratista:	[illegible]	Telefono	7965150	Extensión	
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:	BANCO DE BOGOTA S. A	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	398171207
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	JUNIO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 2.231.280
Valor en Letras	DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTAY UN MILDOCIENTOS OCHENTAS PESOS M/CTE

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago Seguridad Social Mes Anterior	102242652
Ingreso Base de Cotización mes anterior - (Valor Honorarios)	1.200.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior	$ 150.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	$ 192.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior	$ 0
ARL Riesgos Mes Anterior	0
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	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. 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 veridica.
5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MARIA VIOLET MEDINA QUISCUE
EL 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

UARIV

Rad No: 2019-711-1568217-2
Fecha Rad:04/09/2019 09:50:40 Us DIANA.ROZO
Proceso: GT Financiera

CUENTA PO

RADICADO GESTIÓN 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
		Pagina	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	103319
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 cuidad de Bogota.		
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	01/06/2019		30/06/2019
FECHA:	30/06/2019		
CIUDAD EJECUCION CONTRATO	BOGOTA		
TELÉFONO	7965150		
CORREO ELECTRONICO	MARIA.MEDINA@UNIDADVICTIMAS.GOV.CO		

FIRMA



Mayo

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-08-13, 08:53:02 a.m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1022426652 **Referencia pago(PIN)** 8881531940

Periodo Cotización 201905 **Periodo Servicio** 201905

PAGADA 2019-07-12 09:50:02.0

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. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 Riesgo	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	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

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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Ley 1819 de 2016 - Reforma Tributaria)

Fecha 30 de Junio 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 [X]

2. Las fuentes de mis recursos son:

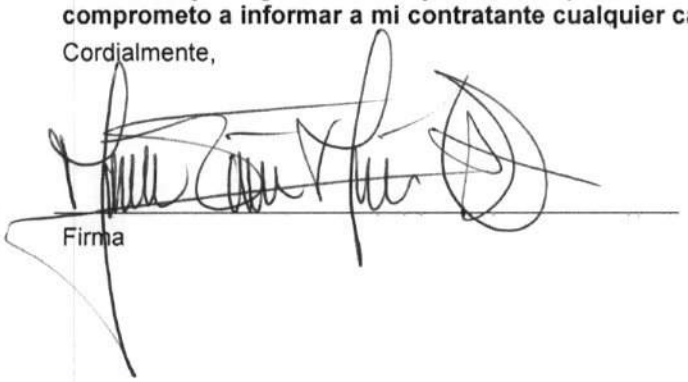
Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Victimas	100 %
Contrato con Otras Entidades	%
Total	100 %

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	☐	NO	[x]
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI	☐	NO	[x]
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI	☐	NO	[x]
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,



Firma

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.081.424.949

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59239070

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						5 5 8

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA 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	Factor RH
Año 2019 Mes MAR Día 04	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 2019 Mes MAR Día 20	DORA LILIANA OSPINA VALDEZ - REGI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

59239070

