Bogotá D.C.

Alcaldia Local de Puente Aranda
R No. 2019-661-013873-2
2019-11-01 11:36 - Folios: 8 Anexos: 2 A
Destino: Area de Gestion 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 DEOCTUBRE DE 2019**
Contrato: 059 DE 2019

Respetado(a) Doctor(a)

Accorde a los requerimientos para la presentaciòn de informes, adjunto la documentaciòn para el pago del PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DEOCTUBRE 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 PENSIÒN	2	5, 6
ANEXOS	1	7
CERTIFICADO ORFEO	1	8
TOTAL FOLIOS		

Atentamente,

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
51,962,571 DE BOGOTA

Formato Creado por Contabilidad

FECHA 01 DE NOVIEMBRE DE 2019

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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

GESTIÒN QUE SE LLEVO ACABO EL PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DEOCTUBRE DE 2019

CIIU: 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 determinacion celular informada a continuación:

1	Pertenecen a rentas de trabajo	SI	X	NO	
2	He contratato 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 1°; 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 MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No	9

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE OCTUBRE 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 BOGOTA
PLAZO DE EJECUCIÓN	3133268327
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CRA 39 18 10 SUR AP 201
VALOR DEL PERIODO 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 ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Apoyar la distribución de la correspondencia orientada y recibida.	Realizar oficios de invitacion a las diferentes entidades.	oficios de invitacion.	CD
2	Prestar apoyo administrativo durante las sesiones de los Ediles.	Realiar el orden del dia y las actas.	Orden del dia y actas del 1 al 24 de octubre de 2019.	CD

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No	9

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE OCTUBRE 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 proyecto		
4	Registrar los proyectos a debatir tanto en comisión como en plenaria de la J.A.L.	No se radico 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 MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME	**MENSUAL**	**DE ACTIVIDADES No**	**9**

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: PERÍODO: 01 AL 31 DE OCTUBRE 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:	
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.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR**	
	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:	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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 [illegible]	7277184	GLORIAPV2015@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
			2019/10/16		EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-10	2019-10	1	16/10/2019	38078999	$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	Incapscidades		Apertes 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

Este documento está clasificado como PRIVA por parte de Compensar Operado de Informa

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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 [illegible]	7277184	GLORIAPV2015@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

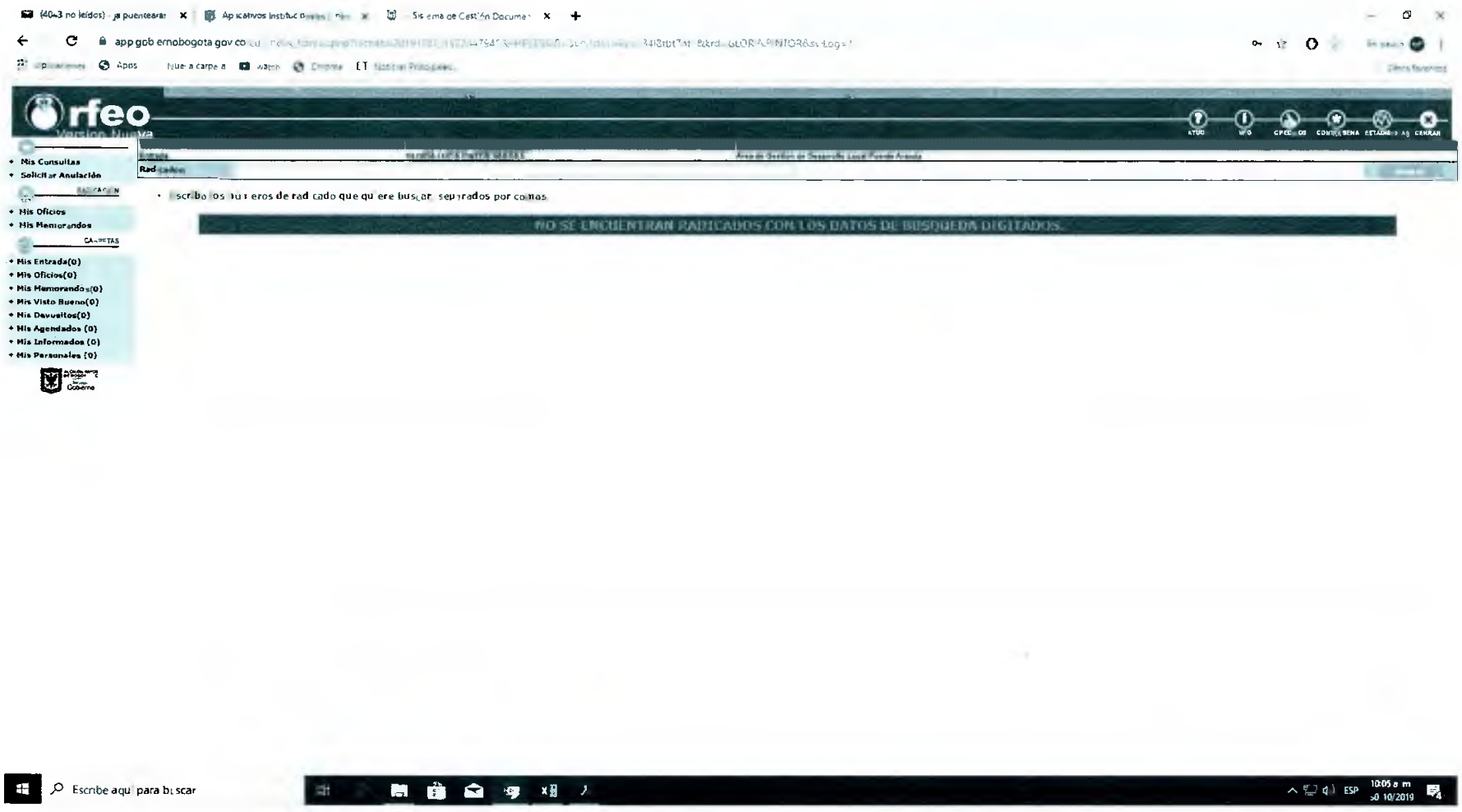
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-10	2019-10	I	16/10/2019	38078999	$290.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	[illegible]	[illegible]	Colom. exterior	Extranjero	ING	[illegible]	TDE	[illegible]	[illegible]	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	[illegible]	VAC	AVP	VCT	[illegible]	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	51962571	PINTOR VARGAS GLORIA LUCIA	59	0				[illegible]																25-14	1.000.000	160 000	0	[illegible]	0	0	EPS005	1.000.000	125 000	14-23	1.000 000	I	5.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVA [illegible] por parte de Compensar Operador de Informac


rfeo
Mis Consultas
Solicitar Anulación
Mis Oficios
Mis Memorandos
Mis Entrada(0)
Mis Oficios(0)
Mis Memorando(0)
Mis Visto Bueno(0)
Mis Devueltos(0)
Mis Agendados (0)
Mis Informados (0)
Mis Personales (0)
Escribe aquí para buscar
ESP