ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

7°
03

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	1015/2023		
OBJETO CONTRACTUAL	Prestar servicios como profesional en ciencias de la información y la documentación, bibliotecología y archivística dentro del proceso de gestión documental desarrollando actividades de intervención y organización de archivos o donde la gerencia administrativa lo requiera								
CONTRATISTA	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA					CÉDULA O NIT	39.708.343		
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A					CÉDULA O NIT	N/A		
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT		RIT
	1	ABRIL	2023	30	DICIEMBRE	2023	8299		8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ NO RESPONSABLE DE IVA		☐ RESPONSABLE DE IVA			☐ OTRO			
	☐ GRAN CONTRIBUYENTE		☐ AUTORRETENEDOR			☐ N.A			

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	$ 30.600.000					
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A					
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	1538	FECHA	29/03/2023	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011601030000007727					
CONCEPTO DEL RUBRO	Fortalecimiento de la Infraestructura Física, TIC y de la Gestión Institucional del IDIPRON Bogotá - Otros servicios de la administración pública n.c.p.					
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 3.400.000					

NÚMERO DEL PAGO	7	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 30 DE OCTUBRE
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	23.800.000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	NOVIEMBRE
SALDO DEL CONTRATO $	6.800.000	**VALOR:**	**$ 3.400.000**
FACTURAS No.	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN	**TIENE EMPLEADOS A CARGO**	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO
FORMA DE PAGO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($3400000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0101/41990167727	protección atención integral de Niñez, Adolecencia y Juventud en situacion de vida en calle, en riesgo de habitabilidad en calle y en fragilidad social	90%	3.060.000
PM/0214/0120/41990167727	Desarrollo de competencias	10%	340.000
TOTAL		**100%**	**3.400.000**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
31677272	4102 03	Gestion Documental	$ 3.400.000

* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA NIT: 860011153	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	217.600	COMPENSAR	170.000	14.200	Si:___ No: X		

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 1 del mes de NOVIEMBRE del año 2023

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO
FIRMA Diana Morely Beltrán C.	FIRMA
NOMBRE: DIANA MORELY BEETRAN CORTES	NOMBRE:
C.C.: 52.821.386 TELF: 3779997 EXT: 1040	C.C. TELF:
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 Grado 05 (E)	No. DE CONTRATO:

CONTRATO No. 1015/2023
INFORME No. 07
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/10 Y EL 30/10 DE 2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTHA ROCÍO VALDERRAMA NEUTA
SUPERVISOR DEL CONTRATO: DIANA MORELY BELTRÁN CORTES

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Apoyar el proceso de elaboración, actualización, implementación y divulgación de las TRD del IDIPRON.	1.1 Se verifica la intervención de la documentación del periodo 5 áreas de Dirección la Serie de Resoluciones.	**Anexo 1.1** Consolidado del Formato Único inventario A-GDO-FT-018.
2	Aplicar los Instrumentos Archivísticos contemplados en el Decreto 1080 de 2015 en el Artículo 2.8.2.5.8 4. Implementación y aplicación de la Tabla de Retención Documental -TRD y Cuadro de Clasificación Documental-CCD fase de aplicación, convalidación y adopción 2014-2016 Y 2016 a la fecha.	2.1 Se supervisa la revisión física y control de calidad de los expedientes contractuales vigencia 2017.	**Anexo 2.1** Listado de Asistencia
3	Realizar valoración, inspección, asesoría y asistencia técnica a las unidades de protección integral, áreas de derecho y unidades administrativas de IDIPRON en la realización de actividades encaminadas al manejo y administración documental de los archivos de Gestión.	3.1 Se supervisa la revisión física y control de calidad de los expedientes contractuales vigencia 2017.	**Anexo 3.1** Listado de Asistencia
4	Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el que hacer productivo de los colaboradores del Área.	4.1 Se da orientaciones para el traslado de cajas desde las bodegas ubicadas en La U, hacia el archivo central.	**Anexo 4.1** Acta de actividades
5	Apoyar los procesos de transferencias documentales primarias acorde con las tablas de retención documental (TRD) y las tablas de valoración documental (TVD).	5.1 Esta actividad se cumple mediante la recepción de las transferencias primarias realizadas por las áreas de: TERRITORIO CALLE CAPACITACION ESPIRITUALIDAD COMPONENTE SOCIOLEGAL CONVENIOS SENA CASA BELEN TERRITORIO PREVENCION EMPRENDER CONSERVATORIO PSICOSOCIAL ESTIMULO CORRESPONSABILIDAD DESARROLLO HUMANO CAPACITACIONES, SISTEMAS CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO, TEOSRERIA, CONTROL INTERNO VEGA, ATENCION AL CIUDADANO, CARRERA	**Anexo 5.1** Actas de transferencias

		ADMINISTRATIVA, ALMACEN Y GESTION DOCUMENTAL	
6	Verificar que los documentos y soportes para el pago del personal contratista del proceso de Gestión Documental cumplan con los requisitos legales y reglamentarios	6.1 Se realizó la respectiva verificación a los informes del mes de octubre presentados por cada uno auxiliares del Archivo Central, y de los pagos de seguridad social del mes de septiembre que cada uno realizo.	**Anexo 6.1** Pantallazo envió correo con informes y documentación.
7	Realizar capacitaciones al personal contratista y de planta del IDIPRON.	7.1 Para este mes no se realiza esta actividad	**Anexo 7.1** N/A
8	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor.	8.1 Asistencia a PMU, Situación con los enveras	**Anexo 8.1** Listado de Asistencia

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	$ 170.000	SEPTIEMBRE/2023
PENSIÓN	$ 217.600	SEPTIEMBRE/2023
ARP	$ 14.200	SEPTIEMBRE/2023

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE NOVIEMBRE DE 2023

Diana Morely Beltrán C.	Martha R Valderrama N
DIANA MORELY BELTRÁN CORTES **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** **CÓDIGO 219 GRADO 05 (E)**	**MARTHA ROCÍO VALDERRAMA NEUTA** **C.C. 39.708.343**

Nombre apoyo a la Supervisión:
Cargo:
Vo Bo Apoyo a la supervisión

Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

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	39708343	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA	CALLE 20 10 21 ESTE BARRIO RUBI 1 SECTOR:	8278143	MNEUTA3434@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

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	
2023-09	2023-09	I	06/09/2023	70601242	$429.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	170.000	0		0		0	0	0	0	170.000	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	217.600	0	0	0	0	0	0		217.600	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	14.200				14.200	0	0	14.200			142	14.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.200	0	0	27.200	1

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	170.000	170.000
Pensión	1	217.600	217.600
Riesgos Laborales	1	14.200	14.200
CCF	1	27.200	27.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.000	429.000

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

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	39708343	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA	CALLE 20 10 21 ESTE BARRIO RUBI 1 SECTOR	8278143	MNEUTA3434@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

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	
2023-09	2023-09	I	06/09/2023	70601242	$429.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	39708343	VALDERRAMA NEUTA MARTHA ROCIO	59	0			N																	25-14	1.360.000	217.600	0	0	0	0	EPS008	1.360.000	170.000	14-23	1.360.000	2	14.200	CCF24	1.360.000	27.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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