Contrato / Convenio No. **258 de 2023**	
Tipo de Contrato / Convenio: **Prestación de Servicios** ☒ **Compraventa** ☐ **Suministro** ☐ **Obra** ☐ **Otro** ☐ **Cuál?** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
Nombre del Contratista o Entidad: **David Ricardo Medina Gómez**	No. de Identificación: C.C. **80032064** NIT. Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Informe de Supervisión No. **5 (quinto)**	Lugar de Prestación del Servicio: **Bogotá** ☒ **Funza** ☐ **Otros** ☐ **Cuál?** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Periodo de Reporte **Noviembre de 2023**	
Valor por Pagar **$ 3.217.000**	Fuente de Financiación: Nación ☒ Propios ☐
Cuenta Bancaria No **455070042243** Banco **DAVIVIENDA**	Corriente ☐ Ahorros ☒
Objeto del Contrato:	Elaboración de instrumentos archivísticos de recuperación y acceso a información sobre los contenidos de los fondos documentales históricos que custodia el Archivo General de la Nación.
Fecha de Acta de Inicio o Perfeccionamiento:	**14 de Julio de 2023**
Valor Inicial Contrato **$ 16.085.000**	Adiciones (si Aplica) **$**
Fecha Adición:	Prorrogas (si Aplica):
Valor Final Contrato: **$ 16.085.000**	Plazo de Ejecución: **14 de Diciembre de 2023**
Nombre del Supervisor: **William Manuel Martínez Jiménez**	Cargo: **Supervisor y Coordinador del grupo de Organización y Reprografía** Grupo: **Grupo de Organización y Reprografía.**

INFORME DEL CONTRATISTA

El suscrito **David Ricardo Medina Gómez** en calidad de contratista describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del **contrato** así:

Favor imprimir a doble clara

Este documento es fiel copia del original, su impresión se considera copia no controlada.

b. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: Las establecidas en el estudio previo de condiciones y que por su naturaleza y esencia se consideran imprescindibles para su correcta ejecución.

1. Entregar en el formato CPD-FO-78 ISAD-G, debidamente diligenciado, la descripción documental de acuerdo con los parámetros establecidos en la Norma Internacional de Descripción Archivística ISAD-G, de cuatro (4) unidades de almacenamiento (cajas o legajos) por mes, para un total de 20 unidades de almacenamiento en cinco (5) meses, correspondientes a los diferentes fondos documentales que custodia el Archivo General de la Nación, asignados por el supervisor..

Actividades:

Descripción de los siguientes legajos del Fondo Secretaría de Guerra y Marina de la Sección República:

Legajo 320 (904 folios), con 26 registros

Legajo 321 (1241 folios), con 19 registros

Legajo 325 (1187 folios), con 21 registros

Legajo 330 (957 folios), con 15 registros

Total: En el periodo comprendido entre el **1 y 30 de noviembre**, se describieron en **total cuatro (4) Legajos**, con **81** registros (unidades documentales), que se encuentran en la base de datos ISAD – G.

2. Generar los puntos de acceso normalizados para las descripciones documentales elaboradas, registrados en el formato CPD-FO-78 ISAD-G. **Actividades:** Para los legajos descritos durante este mes se tuvieron en cuenta datos relativos a nombres, cargos, profesiones, rangos militares, lugares, tipos documentales, entidades y temáticos.
3. Reportar mediante un informe al supervisor las inconsistencias y daños identificados en la documentación cuando se requiera. **Actividades:** En el área de notas se da cuenta de folios que se encuentran en blanco o sin foliación alguna, así mismo, de los que presentan cualquier tipo de deterioro físico, como rasgaduras, faltantes, manchas o cualquier otra particularidad que se encuentre en la documentación.

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:
(Decreto 2271 junio 18 de 2009 y Art. 126-1 del E.T.)

1. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema Integral de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención, número: **258 de 2023** suscrito con el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado.
2. El pago correspondiente a los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social, se efectuaron así:

Nombre EPS, AFP Y ARL	Periodo de pago	Valor Aporte para deducir de la Base de Retención en la Fuente
SANITAS	**Octubre**	**$160.900**
PORVENIR	**Octubre**	**$205.900**
SURA	**Octubre**	**$6.800**

Se adjuntan un (2) folios legibles de la planilla de pago de aportes a la seguridad social.

David Ricardo Medina Gómez
Nombre Completo Contratista
CC No. 80032064

El suscrito **William Manuel Martínez Jiménez** en calidad de supervisor del contrato No. **258 de 2023** suscrito con **David Ricardo Medina Gómez**; certifica el cumplimiento a satisfacción de las actividades realizadas en el periodo de **noviembre de 2023**, y realiza las siguientes observaciones conforme a lo estipulado por la Ley 1474 de 2011 en su Capítulo VII, Artículos 83 y 84:

El contratista presentó los productos de las actividades descritas en el informe en cumplimiento de las obligaciones adquiridas. Los productos reposarán en la serie documental 530.27.25. Planes de organización de fondos documentales.

Favor imprimir a doble clara

Este documento es fiel copia del original, su impresión se considera copia no controlada.

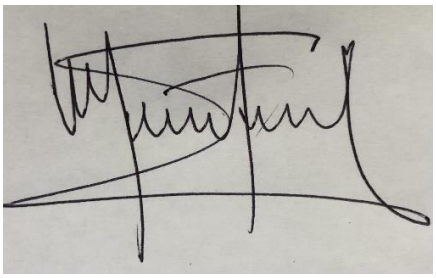
Igualmente, certifico que el contratista dio cumplimiento durante el período ejecutado, al pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales, y/o aportes parafiscales de conformidad con las normas legales vigentes.

(UNICAMENTE para el informe final diligenciar lo siguiente)

Igualmente, certifico que el contratista durante la ejecución del contrato canceló por concepto de Salud $_____, pensión $_____ y riesgos Laborales $_____, de conformidad con las normas legales vigentes, según consta en las planillas de pago que reposan en el expediente del contrato.

Los aportes correspondientes al mes de octubre es responsabilidad del contratista realizar el pago.

Fecha de expedición del informe: **29 de noviembre de 2023**



William Manuel Martínez Jiménez
Supervisor y Coordinador del grupo de Organización y Reprografía

Proyectó: David Ricardo Medina Gómez – Grupo de Organización y Reprografía
Reviso: William Manuel Martínez Jiménez – Supervisor y Coordinador del Grupo de Organización y Reprografía
Anexos: 2 Folios (planilla de seguridad social de **OCTUBRE** y comprobante de pago seguridad social)
Archivado: Oficina Asesora jurídica – 121.11.08-Contratos de Prestación de Servicios

Señores
ARCHIVO GENERAL DE LA NACION JORGE PALACIOS PRECIADO
Ciudad

Yo, **David Ricardo Medina Gómez** identificado con C.C. No. **80.032.064** de **Bogotá**, en mi calidad de **Contratista** del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, en ejecución del contrato No. **258** de **2023**, bajo la gravedad de juramento me permito suministrar la siguiente información para efectos de la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente, de acuerdo al procedimiento establecido en los artículos 17 y 18 de la ley 1819 de Diciembre 29 de 2016:

1. Las deducciones a que tengo derecho y los valores pagados sin incluir intereses de mora al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., del mes de **octubre**, realizado sobre una base mínima del 40% del valor que estoy cobrando, son:

Planilla de Pago No.	**1059063424**
Aporte Obligatorio a Salud (Art.56 E.T)	**160.900**
Aporte Obligatorio a Fondo de Pensiones (Art. 55 E.T.)	**205.900**
Aporte Obligatorio a Riesgos Laborales (Ley 1562/2012)	**6.800**
Aporte Voluntario a Fondos de Pensiones (Art. 126-1 ET)	
Fondo de Solidaridad Pensional	
Aportes con destino a cuentas AFC (ART. 126-4 ET)	
Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud	
Por dependientes (Art. 387 ET)	
Intereses por préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)	

Adjunto soportes del pago y deducciones solicitadas.

2. Tengo dos o más trabajadores o contratistas, asociados a la actividad del contrato vinculados por al menos 90 días continuos o discontinuos: Si ☐ No ☒

3. Solicito se practique un valor de retención superior al calculado: Si ☐ No ☒

   Porcentaje adicional para descontar _____

En constancia de lo anterior, se suscribe en **Bogotá** a los **29 días** del mes de **noviembre** de **2023**.

David R Medina

David Ricardo Medina Gómez

Identificación No. 80.032.064 de Bogotá

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 06:22:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1059063424

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 15/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID RICARDO MEDINA GOMEZ		
Documento	CC80032064	**Dirección**	CR 64A #22 - 14 TORRE 3 APTO 1402
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6270500
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80032064	DAVID RICARDO MEDINA GOMEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.286.800	$ 205.900	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.286.800	$ 160.900	0,522	$ 1.286.800	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 373.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.286.800	$ 1.286.800	$ 1.286.800	$ 0	$ 205.900	$ 160.900	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 373.600	$ 0	$ 373.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-15, 01:08:45 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	DAVID RICARDO MEDINA GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 80032064
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1059063424
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	278055885
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 373.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 205.900	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 160.900	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 6.800	$ 0
		SubTotales:		$ 373.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 373.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14625828934

(415)7707212489984(8020) 000001462582893 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 3 2 0 6 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 0 3 2 0 6 4	1 9 9 9 1 2 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA	GOMEZ	DAVID	RICARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 64 A 22 14 TO 3 AP 1402

42. Correo electrónico: rimed1944@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 7 3 4 6 7 7	3 0 1 4 8 4 4 9 4 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 9 9	2 0 1 6 0 9 1 5					

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO