| Invima | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN CONTRACTUAL |
|---|---|---|
| | **FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN** | |
| | Código: GAD-GCT-FM24 / Versión: 01 / Fecha de emisión: 2022-02-01 | |

**1. DATOS GENERALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA** | **Jesus David Castro Jiménez** | **NIT/ CC No.** | 1.019.011.529 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | jesuajd86@gmail.com | **TELÉFONO** | 3165614184 |
| **TIPO DE CONTRATO** | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión | | |
| **No. CONTRATO** | **498 de 2024** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **2024-08-12** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | "Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024." | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **2024-02-12** | **FECHA DE INCIO** | **2024-02-13** / **FECHA DE TERMINACIÓN** **2024-08-12** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 18.000.000** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 18.000.000** | **VALOR A PAGAR** | **3.000.000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 15.000.000** | **VALOR PAGADO** | **$ 3.000.000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **1** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA Nº.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **13 de Febrero al 12 de Marzo del 2024** |
| **BANCO** | **Bancolombia** | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | **57629485904** |

**2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO**

Adición del contrato por valor de 6.264158.00 fecha inicial de terminación 24-10-2023, Prorroga por dos meses y 5 días , terminación de contrato hasta el 29-12-

N/A

**3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

**Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Informe de actividades** | SI | | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | N/A | | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | | **Documentos a cargo** | N/A | |
| **Carné** | N/A | | **Otros. Cuales?** | N/A | |

Indique las observaciones respectivas

**4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| **NÚMERO DE PLANILLA** | | **9463324956** | | |
|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **2024-02** | **2024-02-23** | **$ 103.000** | **COMPENSAR** |
| **PENSIÓN** | **2024-02** | **2024-02-23** | **$ 131.800** | **PROTECCIÓN** |
| **ARL** | **2024-02** | **2024-02-23** | **$ 4.300** | **POSITIVA** |

*Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales.* ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

**5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

*(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de 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 he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

**En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.**

| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | **AAAA** | **MM** | **DD** |
|---|---|---|---|
| | 2024 | 2 | 14 |

| | |
|---|---|
| Ricardo Lagos | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** |
| | **Nombre** |
| | **Fecha de revisado:** AAAA-MM-DD |
| **RICARDO ALFONSO LAGOS BONILLAS** | **Consecutivo:** |
| **COORDINADORA-GRUPO GESTION DOCUMENTAL** | |

**NOTA 1.** Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
**NOTA 2.** Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

Powered by CamScanner

en línea

## Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1019011529 | | CASTRO JIMENEZ JESUS DAVID | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 147 A 142 F 60 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3165614184 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 471362642 | 9463324956 | I | 2024/03/08 | 2024/02/23 | BANCOLOMBIA | 0 | $239,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificacion | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aport |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $823,334 | $131,800 | | | $823,334 | $103,000 | | | $0 | $0 | | | $823,334 | $4,300 | | $0 | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $823,334 | $131,800 | | | $823,334 | $103,000 | | | $0 | $0 | | | $823,334 | $4,300 | | $0 | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $823,334 | $131,800 | | | $823,334 | $103,000 | | | $0 | $0 | | | $823,334 | $4,300 | | $0 | |
| 1 | CC 1019011529 | CASTRO JESUS | 230201 | 19 | $823,334 | $131,800 | EPS008 | 19 | $823,334 | $103,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 19 | $823,334 | $4,300 | 0 | $0 | |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $823,334 | $131,800 | | | $823,334 | $103,000 | | | $0 | $0 | | | $823,334 | $4,300 | | $0 | |

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificacion | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1019011529 | | CASTRO JIMENEZ JESUS DAVID | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 147 A 142 F 60 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3165614184 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pension | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 471362642 | 9463324956 | I | 2024/03/08 | 2024/02/23 | BANCOLOMBIA | 0 | $239.100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $131,800 | $0 | $0 | $131,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $131,800 | $0 | $0 | $131,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,300 | $0 | $0 | $4,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $4,300 | $0 | $0 | $4,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $103,000 | $0 | $0 | $103,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $103,000 | $0 | $0 | $103,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$239,100** | **$0** | **$0** | **$239,100** |

Powered by CamScanner

# Certificado
# Bancario

Miércoles, 29 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JESUS DAVID CASTRO JIMENEZ identificado(a) con CC 1019011529, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 57629485904 | 2006/11/22 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14798307323

(415)7707212489984(8020) 000001479830732 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 9 0 1 1 5 2 9 | 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 | 1 0 1 9 0 1 1 5 2 9 | 2 0 0 5 0 1 0 6 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| CASTRO | JIMENEZ | JESUS | DAVID |

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 147 A 142 F 60 SL 3 CA 118

42. Correo electrónico: jdcastro86@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 4 0 0 6 1 5 0 | 3 1 6 5 6 1 4 1 8 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 1 0 1 | 2 0 0 6 0 9 2 2 | | | | | | 4 1 4 1 | |

### 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 2024 - 02 - 25 / 20 : 22: 16

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 CASTRO JIMENEZ JESUS DAVID
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Bogotá D.C.

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA**
Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Jesús David Castro Jiménez
Identificación: CC 1019011529

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI ( X ) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI ( X ) NO ( )

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   2.1. Declaro que: SI ( ) NO ( X ) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI,** diligencie la siguiente información:

| NO. | CONTRATANTE | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | VALOR TOTAL | VALOR MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| | INVIMA | | | | |
| | | | | - | - |

3. Soy pensionado SI ( ) NO ( X ), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO ( X ): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO ( X ): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO ( X );

   Favor indicar la tarifa ( X )%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

Powered by CamScanner

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | TIPO DOCUMENTO | DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Pagos adicional por salud SI ( ) NO ( X ) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.

8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO ( X ) anexo certificación.

8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( X )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 11 días del mes de marzo del 2024

Firma:

Nombres y Apellidos: Jesús David Castro Jiménez
C.C. 1.019.011.529

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN CONTRACTUAL | |
|---|---|---|---|
| invima | **FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA** | | |
| | Código: GAD-GCT-FM9 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2022/02/01 |

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | **CONTRATO 498 de 2024** | | | |
| **CONTRATISTA:** | Jesús David Castro Jiménez | | **NIT / C.C No:** | 1.019.011.529 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | "Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | **$ 18.000.000** | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 2024/02/12 | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 180 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 2024/02/13 | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | **2024-08-12** |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | **2024-02-13** | **HASTA:** | **2024-03-12** |
| **PAGO NÚMERO:** | **01** | | **DEPENDENCIA:** | Grupo de Gestión Documental y Correspondencia |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | Ricardo Alfonso Lagos Bonilla | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACCIONES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** |
| 1 | Brindar apoyo a las dependencias del Instituto en la clasificación, organización, foliación, preparación y alistamiento de la documentación objeto de transferencias documentales primarias al archivo central. | Se aplico el proceso de Ordenación y descripción a 20 cajas Ref. X200 de la Oficina Jurídica de la serie de procesos sancionatorios y cobro coactivos que se trasladaron sin intervención archivística<br><br>Se realizó la clasificación de las cajas 26-27-28-29-30 de la serie de autorizaciones de publicidad por número de radicado y se asignó nuevamente el consecutivo de las cajas por fecha de forma cronológica que coincidiera con el radicado. | Fuid<br>Inventario clasificación<br><br>Obligación 1 |
| 2 | Efectuar el punteo del material documental objeto de Transferencias Documentales Primarias versus Inventarios FUID. | Por instrucción del Coordinador Ricardo lagos se puntearon 29 cajas de Laboratorios de Microbiología y se reciben como traslado de la serie de Instrumentos de control del año 2011 al 2019<br><br>Se puntearon 17 cajas de | Fuid, Acta y Listado de Asistencia<br><br>Obligación 2 |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Elaborar inventario correspondiente de las Transferencias Documentales Primarias ejecutadas en cada dependencia. | Se elaboro el inventario de las 20 cajas de jurídica de la serie de procesos sancionatorios y cobro persuasivo y coactivo | FUID<br>Obligación 3 |
| 4 | Coadyuvar en la aplicación de Tablas de Retención Documental TRD, para determinar e identificar los documentos de conservación permanente – conservación total CT, levantando los inventarios a que haya lugar y reportando las cantidades de documentos objeto de "eliminación" al profesional Transferencias Documentales. | Se aplicaron las Tablas de Retención Documental a las 20 cajas de Jurídica | FUID<br>Obligación 4 |
| 5 | Efectuar el control de calidad respecto del material documental objeto de transferencias documentales primarias versus inventarios FUID. | N/A | N/A |
| 6 | Apoyar al supervisor del contrato en la consolidación y reporte de información relacionada con el indicador de Transferencias Documentales Primarias formulado en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024 | Se apoyo en la actualización de formatos de Rotulo de carpeta, formato de cuadro de clasificación, instructivo y procedimiento en organización Documental de acuerdo a la instrucción dada por el Coordinador. | Formato CCD<br>Correo,<br>Instructivo<br>Procedimiento<br>Obligación 6 |

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas

## 3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

| ITEM | No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | N/A | N/A | N/A | N/A |

## 4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondientes al mes de febrero del año

Powered by CamScanner

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días base de cotización | Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $3000.000 | $1.160.000 | 19 | $239.100 | 9463324956 | Aportes en Linea |

## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | **$ 18.000.000** |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | **$ 3.000.000** |
| Saldo del contrato | **$ 15.000.000** |

## 6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1 | x | |

Atentamente
JESUS DAVID CASTRO JIMENEZ.
**C.C. 10.19.011.529**
Recibí a satisfacción:

Ricardo Lagos

**Firma**
**Ricardo Alfonso Lagos**
**Coordinadora**
**Grupo de Gestión Documental Y correspondencia**
**Supervisor(a) Contrato 498 de 2024**

Powered by CamScanner