INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 1

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6181207 del 09 de abril de 2024
CONTRATISTA:	**CARLOS ANDRES DIAZ PINTO**
Nit o C.C. No.	1098658626
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER
VALOR INICIAL:	$31,500,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	SIETE (7) - MESES
PLAZO ADICIONAL:	
SUPERVISOR:	**MANUEL ENRIQUE RIOS MADIEDO**
Acto Administrativo de Supervisión:	02 DE ABRIL DE 2024
INTERVENTOR:	Nombre del Interventor
Acto Administrativo de Interventoría:	Acto Administrativo
FECHA DE INICIACIÓN:	09 de abril de 2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN

ACTAS DE REINICIO

FECHA DE TERMINACIÓN:	08 de noviembre de 2024

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA ADMINISTRATIVA

VALOR A PAGAR:	**$ 4,500,000.00**	**Cobros realizados:** (incluyendo el actual)	**N° 1**	**de**	**7**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**10/04/2024**	**Hasta:**	**09/05/2024**

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI LA OFICINA GESTORA ES LA SECRETARÍA DE SALUD:

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 1	$

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	$
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Apoyar los procesos de asistencia técnica, acompañamiento y seguimiento de las instituciones educativas de los 82 municipios no certificados del departamento en el manejo del Sistema de Información para el Monitoreo, la Prevención y el Análisis de la Deserción Escolar (SIMPADE).	No aplica para esta cuenta, mientras se puede iniciar.	N/A
2.	Apoyar la realización de cruces de información para la consolidación de reportes e informes del Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT) y Sistema de Información para el Monitoreo, la Prevención y el Análisis de la Deserción Escolar (SIMPADE), en los términos y con la oportunidad requerida.	• Realice cruce de información para generar el reporte de datos de instituciones educativas con los datos de rectores y números de contacto • Realice tablero de información de la matricula total por establecimientos y sedes, realizando los filtros por instituciones Oficiales y No Oficiales y seleccionando el municipio • Realice tablero de información general, realizando los filtros por instituciones Oficiales y No Oficiales y seleccionando el municipio • Realice tablero de información general, detallando matricula por Zona, por género e instituciones por provincia, realizando los filtros por instituciones Oficiales y No Oficiales y seleccionando el municipio	Anexo No, 1 Relacione la Evidencia Anexo No, 2 Relacione la Evidencia Anexo No, 3 Relacione la Evidencia Anexo No, 4 Relacione la Evidencia
3.	Realizar el apoyo y el seguimiento de las inconsistencias reportadas por el MEN en torno a la calidad de la información consignada por las instituciones en el SIMAT.	No aplica para esta cuenta, mientras se puede iniciar.	N/A
4.	Generar dentro de los 3 primeros días de cada mes con base en el reporte 6A del MEN, los indicadores en POWER Bi, que permitan obtener la información de matrícula de manera clara y oportuna.	Realice tablero de control en base al archivo 6A, en el cual se tiene un primer DashBoard con la información más relevante de la matrícula del departamento.	Anexo No, 5 Relacione la Evidencia
5.	Participar en las diferentes reuniones y grupos de trabajo designados por parte del jefe del Grupo de Cobertura Educativa.	Participe en todas las reuniones a las cuales fui citado por muy jefe inmediato.	N/A
6.	Presentar informe mensual de actividades desarrolladas y realizar tramite de pago dentro de los cinco días siguientes al cumplimiento de periodo	Presente el informe mensual de mis actividades	Anexo No, 6 Relacione la Evidencia
7.	Llevar el registro y control de los documentos originados a partir del desarrollo de sus funciones contractuales, aplicando las tablas de retención documental y las normas vigentes, haciendo entrega al supervisor del contrato.	No aplica para esta cuenta, mientras se puede iniciar.	N/A
8.	Las demás que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Presente pago de los aportes a seguridad social del mes de abril de 2024	Anexo No, 7 Relacione la Evidencia

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

MUNICIPIO DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES (ICA):

a) Relacione a continuación el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
b) Relacione el código de Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio.
d) Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes según la normatividad vigentes en cada municipio.

MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
BUCARAMANGA	7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.	7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.	$ 4,500,000.00

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	ABRIL 2024	No Aplica
	Fecha de pago	30-04-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7924395650	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.826.000	No Aplica
	Valor cotizado	$ 228.300	No Aplica
	EPS	SANITAS	No Aplica
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ABRIL 2024	No Aplica
	Fecha de pago	30-04-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7924395650	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.826.000	No Aplica
	Valor cotizado	$ 292.200	No Aplica
	Fondo de Pensiones	PORVENIR	No Aplica
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	ABRIL 2024	No Aplica
	Fecha de pago	30-04-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7924395650	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.826.000	No Aplica
	Valor cotizado	$ 9.600	No Aplica
	A.R.L.	POSITIVA	No Aplica
PARAFISCALES	SENA	No Aplica	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica	No Aplica

Se firma para tramite de pago, a los 10 días del mes de mayo de 2024

Firma del Contratista
NOMBRE: CARLOS ANDRES DIAZ PINTO
IDENTIFICACION No. 1098658626
CORREO: Andresdiaz565@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO: 3175038830