Libertad y Orden	**INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO** **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** **INFORME DE ACTIVIDADES**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

CONTRATO No. **1895-2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSEFA BEATRIZ BARROS OJEDA CEDULA: 52.697.519 TELEFONO: 3004918053

MES: Julio

OBJETO	OBLI-GACION N°	OBLIGACIONES CONTRACTUALES (Cláusula Segunda)	TAREAS EJECUTADAS (Especifique detalladamente las tareas desarrolladas en cumplimiento de las obligaciones)	DOCUMENTO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA O DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestación de servicios profesionales para apoyar la gestión administrativa de la seccional Guajira.	1	**Apoyar en la elaboración de los informes de mecanismos de participación ciudadana, gestión contractual, austeridad en el gasto público y demás que le sean requeridos por la Gerencia Seccional**	Estuve disponible en el mes correspondiente pero no se realizó la actividad	**N/A**
	2	**Apoyar en la verificación económica y experiencia de las propuestas presentadas por diferentes oferentes en los procesos contractuales a realizar por la Seccional**	Estuve disponible en el mes correspondiente pero no se realizó la actividad	N/A
	3	**Apoyar en la gestión y ejecución del plan de mejoramiento de la Seccional**	Se hizo socialización para el avance del plan de mejoramiento de la seccional.	reunion plan de mejoramiento .pdf
	4	**Apoyar la ejecución de las actividades del sistema de gestión ambiental en la Seccional.**	Se asistió a la socialización de matriz Dofa de gestión ambiental.	capacitacion matriz DOFA y oportunidades de mejora GS proceso certificacion ISO.pdf

	5	**Apoyar la ejecución de las actividades del sistema de gestión de calidad en la Seccional.**	se socializo el nuevo registro de salidas no conformes de cómo se debe diligenciar el formato en las oficinas de Maicao, Riohacha y Fonseca. Se diligenciaron los formatos del sistema integrado de gestión de calidad y seguridad en el trabajo con cargue al plan diamante	productos no conforme 1 .pdf socializacion productos no conforme 2.pdf SOCIALIZACION SALIDAS NO CONFORMES OFICINA LOCAL FONSECA.pdf FORMA 1133_240715_143640 .pdf FORMA 1143_240715_143525 .pdf FORMA 1144_240715_143557 .pdf FORMA 1201_240715_143615 .pdf
	6	**Apoyar en la preparación, consolidación y revisión de los siguientes informes: Revisión por la dirección, Rendición de cuenta, Acuerdo de gestión del Gerente Seccional con la Gerencia General.**	Estuve disponible en el mes correspondiente pero no se realizó la actividad	**N/A**

	7	**Apoyar el control y seguimiento al parque automotor de la Gerencia Seccional.**	Estuve disponible en el mes correspondiente pero no se realizó la actividad	**N/A**
	8	**Apoyar en la realización de eventos, reuniones técnicas, entrenamientos o capacitaciones que se realicen en la Gerencia Seccional.**	Se asistió a la socialización de orden y aseo de las sustancias químicas	sensibilizacion orden y aseo y gestion de sustancia quimicas.pdf
	9	**Apoyar enla consolidación y cargue del plan de acción de los proyectos de la seccional en el plan diamante**	Estuve disponible en el mes correspondiente pero no se realizó la actividad	**N/A**
	10	**Apoyar en la consolidación y envió de reporte de noticias internas y externas generadas en la seccional.**	Envió correo de evidencia de las publicaciones de las carteleras semanales.	cartelera 2.pdf cartelera 3.pdf carteleras.pdf

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE DOCUMENTO NO REQUIERE DE IMPRESIÓN NI FIRMA.

CON SU CARGA EN EL APLICATIVO SIGECO, EN FORMATO PDF, EL CONTRATISTA APRUEBA SU CONTENIDO Y LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA. A SU TURNO, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON SU APROBACIÓN EN EL APLICATIVO SIGECO, CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PRESENTE INFORME Y, EN CONSECUENCIA, SE HACE RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LO REPORTADO EN ESTE DOCUMENTO.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52697519		BARROS OJEDA JOSEFA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 NO 19 114	FONSECA-LA GUAJIRA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	9469326402	9469326402	I	2024/07/05	2024/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$452,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,560,000**	**$249,600**			**$1,560,000**	**$195,000**			**$0**	**$0**			**$1,560,000**		**$8,200**		**$0**	**$0**		**$452,800**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,560,000**	**$249,600**			**$1,560,000**	**$195,000**			**$0**	**$0**			**$1,560,000**		**$8,200**		**$0**	**$0**		**$452,800**
Ciudad: FONSECA Depto: LA GUAJIRA (1 Afiliados)																						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$8,200		$0	$0		$452,800
1	CC	52697519	BARROS JOSEFA	X	X															25-14	30	$1,560,000	$249,600	EPS005	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	0.522%	$8,200	0	$0	$0	No	$452,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$8,200		$0	$0		$452,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52697519		BARROS OJEDA JOSEFA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 NO 19 114	FONSECA-LA GUAJIRA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	9469326402	9469326402	I	2024/07/05	2024/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$452,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				**1**	**$452,800**	**$0**	**$0**	**$452,800**