MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	**INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA (CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN)**	SOMOSIG Sistema Integrado de Gestión
	Proceso: Contratación	
Versión: 5	**Vigencia:** 26/01/2024	**Código**: F-A-CTR-55

Dependencia:	GRUPO DE TESOSRERÍA, PRESUPUESTO, CUENTAS Y CONTABILIDAD	**Fecha del informe:**	2/09/2024

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre / Razón Social	LUISA FERNANDA RONDON LEAL				
Identificación	1014271867	**Correo personal**	luisarondonleal@gmail.com	**Celular**	3209099306

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No.	CD-723-2024	**Año del contrato:**	2024	**CDP No.:**	4124	**RP No.:**	113624	**Fecha de inicio**	21/02/2024
Objeto del contrato	**4-6CC Prestar los servicios profesionales, al Grupo Contabilidad en el proceso de revisión de cuentas por pagar, así como en la creación, análisis y actualización de las distintas bases de datos del grupo, realizando el seguimiento a la ejecución presupuestal, brindando acompañamiento a los distintos comités FONAM-MADS y brindar acompañamiento a la supervisión**								
Pago a realizar	7	**de**	11	**Periodo a pagar**	AGOSTO	**Plazo de ejecución**	**310 DIAS**	**Fecha de terminación**	30/12/2024

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Honorarios

Valor Inicial:	$	55.345.333
Adición No.		
Reduccion		
Valor Total:	$	55.345.333
Valor Pagado	$	28.565.333
Saldo pendiente por ejecutar	$	26.780.000

Porcentaje de avance	61%

VALOR PAGOS REALIZADOS

PAGO No. 1	**PAGO No. 2**	**PAGO No. 3**	**PAGO No. 4**	**PAGO No. 5**	**PAGO No. 6**	**PAGO No. 7**	**PAGO No. 8**	**PAGO No. 9**	**PAGO No. 10**
1.785.333	5.356.000,00	5.356.000,00	$ 5.356.000,00	5.356.000,00	$ 5.356.000,00				
PAGO No. 11	**PAGO No. 12**	**PAGO No. 13**	**PAGO No. 14**	**PAGO No. 15**	**PAGO No. 16**	**PAGO No. 17**	**PAGO No. 18**	**PAGO No. 19**	**PAGO No. 20**

Beneficios tributarios	**Medicina prepagada**	**Dependientes**	**Interes de vivienda**	**Cuenta AFC (si aplica)**	**Ahorro voluntario en pensiones (si aplica)**
	N/A	**SI_X_ NO____**	N/A	N/A	N/A

Aportes a Seguridad social	**Número de Planilla**	**IBC**	**SALUD**	**PENSIÓN**	**ARL**	**CAJA DE COMPENSACIÓN**
	79155703	2,143,000	267,900	342,900	11,200	N/A

Factura electronica	**Número de factura**
SI____ NO_X_	N/A

VALOR AUTORIZADO A PAGAR:	$	5.356.000

Abono en cuenta No.	**46774780688**	**Banco**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de cuenta**	**Ahorros**

INFORMACIÓN EJECUCIÓN USOS CATÁLOGO DE CLASIFICACIÓN PRESUPUESTAL - CCP

USOS OBJETO GASTO CCP	**DESCRIPCIÓN OBJETO GASTO**	**VALOR**
RP113624R11 C-3299-0900-21-10101C-3299060-02A-02-02-02-008-003-09--	OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.	$ 5.356.000,00
		$ -
		$ -
		$ -
		$ -
TOTAL		$ 5.356.000,00

INFORME DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Para el cumplimiento de las obligaciones)**	**EVIDENCIAS/PRODUCTOS PRESENTADOS (en caso de que aplique, se debe informar el lugar donde reposan las evidencias de las actividades, bienes y/o servicios entregados)**
1 Verificar que los soportes de las cuentas radicadas para trámite de pago, presentados por los contratistas y proveedores, cumplan con los requisitos establecidos en los formatos publicados en el Sistema Integrado de Gestión – SomoSIG de la entidad y la normatividad vigente.	—Se realizó revisión a 168 cuentas asignadas en el Arca y se devolvieron aquellas que no cumplian con los requisitos, se asignaron para liquidación y obligación las cuentas revisadas por días. —Se realizó revisión a 46 cuentas en el Arca de corrección cuentas que estaban en estado de devolución.	Evidencias reposan en secop y Arca
2 Construir las bases de datos que permitan generar informes del área y hacer seguimiento al proceso del trámite de cuentas.	Se realizó actualización y análisis en las bases de datos correspondientes al mes de agosto del grupo de contabilidad.	Evidencias reposan en secop y Arca
3 Generar el reporte mensual de los indicadores del Grupo de Contabilidad	Se elaboró el formato F-E-SIG-35_V4 correspondiente a los indicadores del mes de agosto.	Evidencias reposan en secop y Arca
4 Apoyar en las actividades de control y seguimiento de la correspondencia del Grupo de Contabilidad, y la verificación de los soportes presentados por los contratistas a cargo de la Coordinación, al igual que el manejo de la plataforma ARCA.	—Se diligenció las carpetas de control y seguimiento de los contratistas en one drive. —Se realizó acompañamiento y revisión de los soportes para su debido tramite y cargue en el arca — Se creó el porcentaje de ejecución en secop. —Se brindó acompañamiento y trámite en los radicados en Arca, solicitados por la supervisión. —Se envió el PAC de los contratistas a cargo.	Evidencias reposan en secop y Arca
5 Apoyar las actividades del Sistema Integrado de Gestión SomoSIG, que requiera el grupo de Contabilidad.	Se elaboró el informe del plan de acción correspondiente al mes de agosto.	Evidencias reposan en secop y Arca
6 Apoyar en las actividades del cargue y reporte del Documento Equivalente.	Asistí a la capacitación virtual de SIF Nación "Proceso de parametrización de documento soporte con no obligados a facturar en el nuevo sistema de factura electrónica SIF Nación"	Evidencias reposan en secop y Arca
7 Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto y/o las que determine el supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato.	—Se hizo gestión en ARCA a través del usuario GCONTAB (Archivo Gestión GCONTAB - Grupo de Contabilidad), finalización de trámites en Arca, a las diferentes comunicaciones oficiales remitidas por la coordinación. — Reunión virtual de inconsistencias transacciones Arca el día 21 de agosto. — Reunión virtual de orientación a un contratista en la devolución de la cuenta el 29 de agosto. —Asistí a la reunión (trámite de cuentas) virtual que se realizó el 30 de agosto a las 2:30 pm.	Evidencias reposan en secop y Arca

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR (según cláusula de supervisión del contrato)	DORCY MAYLY DOMINGUEZ JARAMILLO- Coordinadora grupo de contabilidad
FECHA MEMORANDO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN (si aplica)	N/A
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR (para efectos de liquidación, en caso de que aplique)	N/A
NOMBRE Y CARGO SUPERVISOR QUE CONOCIÓ DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO (para efectos de liquidación, en caso de que aplique)	N/A

OBSERVACIONES

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos señalados en el contrato, con todas las obligaciones establecidas. Además, certifico no tiene PQRSD pendientes por gestionar. Igualmente certifico que el contratista, dió cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social integral (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que regulen la materia), que cumplió con el pago de los aportes a seguridad social integral y parafiscales, así como los aportes propios al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar (cuando corresponda).
Por lo anterior autorizo el pago señalado en el presente formato, que deberá ser consignado en la cuenta bancaria relacionada anteriormente.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE: Luisa Fernanda Rondon Leal
C.C.: 1.014.271.867

DOMINGUEZ JARAMILLO DORCY MAYLY
Firmado digitalmente por DOMINGUEZ JARAMILLO DORCY MAYLY
FIRMA DEL SUPERVISOR
NOMBRE SUPERVISOR: Dorcy mayly Dominguez Jaramillo
C.C.: 43818574
CARGO: Coordinadora grupo de contabilidad

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	1014271867	LUISA FERNANDA RONDON LEAL	CRA 94 # 68a - 48	6046396	luisarondonleal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	79155703	$622.000	

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	267.900	0		0		0	0	0	0	267.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	342.900	0	0	0	0	0	0		342.900	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	11.200				11.200	0	0	11.200			112	11.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	267.900	267.900
Pensión	1	342.900	342.900
Riesgos Laborales	1	11.200	11.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	622.000	622.000

PAGADA

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	1014271867	LUISA FERNANDA RONDON LEAL		CRA 94 # 68a - 48	6046396	luisarondonleal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	79155703	$622.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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
1	CC	1014271867	RONDON LEAL LUISA FERNANDA	59	0			N																	230301	2.143.000	342.900	0	0	0	0	EPS008	2.143.000	267.900	14-23	2.143.000	1	11.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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