# INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 3

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO:** | **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** |
| CONTRATO No. Y FECHA: | CO1.PCCNTR.6378853 del 28 de mayo de 2024 |
| **CONTRATISTA:** | **HUGO ARISTIZABAL** |
| Nit o C.C. No. | 3209545 |
| OBJETO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE RECURSOS FÍSICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER 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: | $19,500,000.00 |
| VALOR ADICIONAL: | $0.00 |
| PLAZO INICIAL: | CIENTO NOVENTA Y NUEVE (199) - DÍAS CALENDARIO |
| PLAZO ADICIONAL: | |
| SUPERVISOR: | **LAURA FELISA OSORIO ARB** |
| Acto Administrativo de Supervisión: | 24 DE MAYO DE 2024 |
| INTERVENTOR: | |
| Acto Administrativo de Interventoría: | |
| FECHA DE INICIACIÓN: | 29 DE MAYO DE 2024 |

| |
|---|
| **ACTAS DE SUSPENSIÓN** |

| |
|---|
| **ACTAS DE REINICIO** |

| | |
|---|---|
| FECHA DE TERMINACIÓN | 13 DE DICIEMBRE DE 2024 |

| | |
|---|---|
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARIA ADMINISTRATIVA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR A PAGAR:** | **$ 3,000,000.00** | **Cobros realizados:** (incluyendo el actual) | **N° 3** | **de** | **7** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Pago:** | **Desde:** | **29/07/2024** | **Hasta:** | **28/08/2024** |

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

| | | |
|---|---|---|
| VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL | N° | |

| | |
|---|---|
| **MENOS APORTE DE** (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%) | $ |
| MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX% | $0.00 |
| **VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA** | **$ 0.00** |

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

| ITEM | ACTIVIDADES GENERALES | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 1. | Apoyar la Dirección Administrativa de Recursos Físicos en la realización del Mantenimiento preventivo y correctivo de todo lo relacionado con el sistema hidráulico de las diferentes dependencias propiedad o a cargo del Departamento de Santander | **Efectué los mantenimientos de destape de sanitarios, colocación de llaves, arreglo de los lavamanos, corrección de fuga en tuberías.** | **Las evidencias se encuentran subidas en SECOP II y en la Dirección de Recursos Físicos** |
| 2. | Apoyo en el mantenimiento y reparación de circuitos eléctricos en la diferentes dependencias propiedad o a cargo del Departamento de Santander.. | **Realice la reparación de tomas, arreglo de cables en las oficinas, reparación de cortocircuitos cambio de luminarias, revisión aires acondicionados** | **Las evidencias se encuentran subidas en SECOP II y en la Dirección de Recursos Físicos** |
| 3. | Apoyar la adecuación del mobiliario en las diferentes dependencias propiedad o a cargo del Departamento de Santander | **Realice la revisión cajoneras, instalación de cerraduras, pintada oficinas, arreglo de techos, instalación puntos de red eléctrica.** | **Las evidencias se encuentran subidas en el SECOP II y en la Dirección de Recursos Físicos** |
| 4. | Asistir a reuniones programadas por parte del supervisor del contrato. | **No fue asignada esa actividad** | **No aplica** |
| 5. | Presentar informes mensuales sobre diferentes actividades desarrolladas de conformidad con el objeto contractual y realizar el trámite correspondiente al pago del servicio prestado dentro de los 5 días siguientes al cumplimiento del periodo a cobrar. | **Presente el informe de actividades** | **El informe de Actividades Se encuentra subido en el portal de tramites de cuenta Contabilidad y SECOP II** |
| 6. | Las demás obligaciones que sean requeridas por el supervisor en concordancia con el objeto contractual | **No fue asignada esa actividad** | |

### 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,CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P | 7490 | OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES,CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P | $ 3,000,000.00 |

**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 | MES DE JULIO DE 2024 | MES DE AGOSTO DE 2024 |
| | Fecha de pago | 03-07-2024 | 02-08-2024 |
| | Nº de Planilla | 4554648456 | 8631854165 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.300.000 | $1.300.000 |
| | Valor cotizado | $162.500 | $162.500 |
| | EPS | FAMISANAR | FAMISANAR |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | MES DE JULIO DE 2024 | MES DE AGOSTO DE 2024 |
| | Fecha de pago | 03-07-2024 | 02-08-2024 |
| | Nº de Planilla | 4554648456 | 8631854165 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.300.000 | $1.300.000 |
| | Valor cotizado | $208.000 | $208.000 |
| | Fondo de Pensiones | COLPENSIONES | COLPENSIONES |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| | Fecha de pago | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| | Nº de Planilla | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| | Ingreso Base de Cotización | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| | Valor cotizado | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| | A.R.L. | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER | RIESGO 5 PAGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |
| 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 29 días del mes de agosto de 2024

Hugo Aristizabal

**Firma del Contratista**
**NOMBRE:** HUGO ARISTIZABAL
IDENTIFICACION No. 3209545
CORREO: Aristihugo160363@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO: 3228453644