ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **YAMILE MEJIA GIL** sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al: periodo comprendido entre el **01/09/2024 - 30/09/2024**

Contrato:	No. 870 - 2024
Tipo de Contrato:	**CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS**
Contratista:	**YAMILE MEJIA GIL**
Cédula o NIT	No. 1.003.765.927 de Bogotá D.C
Objeto:	**Apoyar Administrativa y Asistencialmente a las Inspecciones de policía de la localidad-Corregiduría.**
Plazo Inicial del contrato:	3 mes(es)
Fecha Iniciación:	**16/07/2024**
Fecha de Terminación:	**15/10/2024**
Prórroga(s)	**N/A**
Valor Inicial Pactado:	$8.010.000
Valor a Pagar:	$ 2.670.000 (No de pago:3)
Numero de PIN:	80012715
Periodo cotizado.	Septiembre 2024

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma al primer (01) día del mes de octubre de 2024

Supervisor,

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
C.C. No. 1.022.324.351 de Bogota D.C
Alcalde Local de Ciudad Bolívar

Revisó: Nancy Paola Bolívar Cuchía - Contratista FDLCB

Apoyo a la supervisión,

LUZ ELENA GUERRA LADINO
CC.20.408.508 De Bogotá D.C
Corregidora de Mochuelo Alto

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3 **PERÍODO 01/09/2024 - 30/ 09/ 2024**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	870-2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YAMILE MEJIA GIL
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC-1.003.765.927
PLAZO DE EJECUCIÓN	3 Meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$8.010.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$2.670.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	3.3.1.16.05.57.1987
FECHA ACTA DE INICIO	16/07/2024
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	15/10/2024
OBJETO DEL CONTRATO	“APOYAR ADMINISTRATIVAMENTE Y ASISTENCIALMENTE A LAS INSPECCIONES DE POLICIA DE LA LOCALIDAD -CORREGIDURIA”

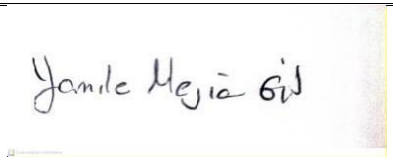
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1: Apoyar la elaboración, radicación, entrega y archivo de documentos, memorandos y oficios cuando le sea requerido por el Inspector de Policía.	No se realizó apoyo en la elaboración ni radicación de documentos memorando y oficios.	No se realizó apoyo en la elaboración ni radicación de documentos memorando y oficios.	No se realizó apoyo en la elaboración ni radicación de documentos memorando y oficios.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2: Ingresar la información a los aplicativos dispuestos para el manejo de actuaciones administrativas.	No se ingresó información a los aplicativos.	No se ingresó información a los aplicativos	No se ingresó información a los aplicativos
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3: Apoyar en la organización del archivo de gestión y la verificación y depuración documental	Se archiva semanalmente conforme a la tabla de retención documental.	Los expedientes de querellas y las carpetas de gestión. • Polígono 143 D Querellas desde 141-2023 hasta 833-2023 • Polígono 182 Querellas desde 026-2021 hasta 279 -2021 • Polígono 015 C Querellas desde 611-2022 hasta 1183-2022 • Polígono Divino Niño Querellas desde 190 -2023 hasta 215 de 2023	Archivo en físico-SECOP II.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4: Dar correcta atención y orientación a la ciudadanía de manera personal y telefónica.	Se registra a la ciudadanía según necesidad.	Se registra a ciudadanos los días: • 28 de agosto de 2024 • 30 de agosto de 2024 • 06 de Septiembre de 2024 • 10 de Septiembre de 2024 • 11 de Septiembre de 2024 • 17 de Septiembre de 2024 • 18 de Septiembre de 2024 • 19 de Septiembre de 2024 • 24 de Septiembre de 2024 • 25 de Septiembre de 2024 Brindando información y orientación requerida	Formato de atención al usuario-SECOP II
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5: Apoyar en la gestión de asuntos relacionados con disponibilidad de espacios, equipos, transporte, suministros y demás elementos requeridos para el desarrollo de sus actividades.	No se realizó gestión de asuntos relacionados con espacios equipos, transporte, suministros y demás elementos	No se realizó gestión de asuntos relacionados con espacios equipos, transporte, suministros y demás elementos	No se realizó gestión de asuntos relacionados con espacios equipos, transporte, suministros y demás elementos
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6: Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.	Se asistió a capacitación de Orfeo.	El 2 de septiembre de 2024 se asiste a capacitación de Orfeo realizada en las instalaciones de la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar	Archivo digital -SECOP II
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 7: Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de	Se presenta evidencias mensuales, completo en PDF	Se realiza el cargue del informe a SECOP II	Carpeta física SECOP II.

las obligaciones pactadas.			
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8: Entregar, mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	No se realizó esta obligación.	No se realizó esta obligación.	No se realizó esta obligación.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 9: Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del Contrato	No se asignaron actividades diferentes al objeto del contrato.	No se asignaron actividades diferentes al objeto del contrato.	No se asignaron actividades diferentes al objeto del contrato.

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	NUEVA EPS	**POSITIVA**	**PORVENIR**

FIRMAS	
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** **Firma:**

	 **Nombre: Yamile Mejia Gil** **Cédula:** 1.003.765.927 de Bogotá
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE** **Alcalde Local de Ciudad Bolívar** Firma:  **APOYO A LA SUPERVISION** Nombre: **LUZ ELENA GUERRA LADINO** Cargo: Corregidora Mochuelo Firma: 

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ARL CPS-870-2024..pdf	ARL CPS-870-2024..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ACTA DE INICIO CPS-870-2024.pdf	ACTA DE INICIO CPS-870-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CRP_2599_CPS-870-2024.pdf	CRP_2599_CPS-870-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	EVIDENCIA JULIO.pdf	EVIDENCIA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME DE ACTIVIDADES JULIO YAMILE.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES JULIO YAMILE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ORDEN DE PAGO JULIO.pdf	ORDEN DE PAGO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIA DE AGOSTO .pdf	EVIDENCIA DE AGOSTO .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO YAMILE.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO YAMILE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ORDEN DE PAGO AGOSTO.pdf	ORDEN DE PAGO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Mis Consultas
Solicitar Anulación
RADICACION
Mis Oficios
Mis Memorandos
CARPETAS
Mis Entrada(0)
Mis Oficios(0)
Mis Memorandos(0)
Mis Visto Bueno(0)
Mis Devueltos(0)
Mis Agendados (0)
Mis Informados (0)
Mis Personales (0)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. Secretaría Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	YAMILE MEJIA GIL	Corregiduria El Mochuelo

Radicados:

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

No se encuentran radicados con los datos de busqueda digitados.

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	1003765927	YAMILE MEJIA GIL		transversal 73 f numero 65-18 sur	3208773053	mejiagilyamile1611@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-09	2024-09	I	04/09/2024	80012715	$465.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200.700	0		0		0	0	0	0	200.700	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	256.800	0	0	0	0	0	0		256.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.700	200.700
Pensión	1	256.800	256.800
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.900	465.900

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**
CC	1003765927	YAMILE MEJIA GIL		transversal 73 f numero 65-18 sur	3208773053	mejiagilyamile1611@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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**	
2024-09	2024-09	I	04/09/2024	80012715	$465.900	

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**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**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	1003765927	MEJIA GIL YAMILE	59	0			N																230301	1.605.000	256.800	0	0	0	0	EPS037	1.605.000	200.700	14-11	1.605.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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