INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE SUMINISTROS No. 003-MC- DEL 2024 DEL (27 DE FEBRERO) DE 2024

INFORME DE ACTIVIDADES No.04

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO:	SUMINISTRO	
CONTRATO No. Y FECHA:	27 DE FEBRERO DE 2024	
CONTRATISTA:	ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ	
C.C. No.	49.730.487	
OBJETO:	SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PAPELERIA, UTILES DE ESCRITORIO Y OFICINA PARA ATENDER LAS NECESIDADES QUE DEMANDAN LAS DEPENDENCIAS DEL FONDO DE VIVIENDA DE INTERES SOCIAL Y REFORMA URBANA DE VALLEDUPAR – FONVISOCIAL.	
VALOR INICIAL:	15.000.000 IVA INCLUIDO	
VALOR ADICIÓN	7.500.000 IVA INCLUIDO	
VALOR FINAL	22.500.000 IVA INCLUIDO	
PLAZO INICIAL:	HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2024	
NOMBRE SUPERVISOR	ROSA MARIA ALVAREZ SARMIENTO	
FECHA DE INICIACIÓN:	07 DE MARZO DE 2024	
INFORME ACTIVIDADES No:	004	
VALOR A PAGAR	1.201.102	
PERIODO DE PAGO:	DESDE: 9 de agosto de 2024	HASTA: 30 de septiembre de 2024

Con toda atención me permito presentar informe de actividades correspondiente al periodo comprendido, en los siguientes términos:

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

OBLIGACIONES PRINCIPALES DEL CONTRATO

1. Entregar en buen estado los elementos objetos del contrato.
2. Cumplir con las obligaciones del contrato.
3. Entregar la totalidad de los elementos.
4. Asumir los gastos de transporte y envío de la mercancía hasta la Oficina de Secretaria General
5. Acreditar el pago de la seguridad social.

6. Los demás objetos de este contrato.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Los insumos fueron entregados en condiciones óptimas y en los tiempos requeridos por la entidad contratante; así: Factura Electrónica de Venta No. DSV 2328

ÍTEM	DESCRIPCION	CANT.	UND	IVA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	BOLIGRAFO RETRACTIL SEMI-GEL 0.7 MM NEGRO	5	UND	19	1.250	7.438
2	PAPEL 75GR CARTA REPROGRAF	9	UND	19	16.290	174.466
3	TONER HP 151A	1	UND	19	856.469	1.019.198
					SUBTOTAL	1.009.329
					IVA 19%	191.773
					VR TOTAL	1.201.102

IMPUTACION PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP No. 52 del 14 de febrero de 2024.
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP No.105 del 7 de marzo de 2024

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL *SE DEBE INGRESAR LOS VALORES PAGADOS EN EL MES VENCIDO, RESPECTO DE CADA TIPO DE APORTE.*

SALUD	$ 208.000
PENSION	$ 832.000
ARL	$ 27.200

Con todo lo anterior se rinde el informe de las actividades desarrolladas para lo cual fui contratado, cumpliendo así con lo estipulado en el contrato Nº.003-MC-2024, respecto al cumplimiento de las actividades ejecutadas dentro del periodo comprendido entre el 9 de agosto de 2024 al 30 de septiembre de 2024.

La presente información se rinde bajo la gravedad de juramento. Así mismo, hacen parte integral del presente informe los anexos referidos a las evidencias donde se pueden constatar la ejecución de las actividades y la planilla de seguridad social debidamente pagada conforme a lo establecido en la ley.

Se expide en Valledupar, a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ
NOMBRE CONTRATISTA.
C.C.49.730.487
Contrato No. 003 - MC- DE 2024

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ

Nit:49730487-3
CALLE 17 # 9 - 91 CENTRO VALLEDUPAR - CESAR. Tel: 5870928 - 3158861148
isacristina0503@hotmail.com
Resolución DIAN No. 18764079109833 09/09/2024 Rango DSV-2250 al DSV-3500 HABILITA Por 18 meses
RESPONSABLE DE IVA

Factura Electronica de Venta No. DSV 2328

NOMBRE: FONDO DE VIVIENDA DE INTERES SOCIAL Y REFORMA URBANA DE VALLEDUPAR
IDENTIFICACIÓN:800124740-7 ORDEN DE COMPRA No:
DIRECCION: CALLE 16 8 25 VALLEDUPAR
TEL. 5745299 - REFERENCIA: NO APLICA
VENDEDOR: ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ
FORMA DE PAGO: CREDITO A 0 DIAS

Fecha de Emisión	5 de oct. de 2024
Fecha de Vencimiento	5 de oct. de 2024
Validada	05/10/2024 10:16:27

CANT.	UND	BD	CODIGO	DESCRIPCION	IVA	DCTO	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
5,00	UND	B1	7709759032821	BOLIGRAFO RETRACTIL SEMI-GEL 0.7 MM NEGRO	19,00	0	1.250	7.438
9,00	UND	B1	7702148000043	PAPEL 75GR CARTA REPROGRAF	19,00	0	16.290	174.466
1,00	UND	B1	112910	TONER HP 151A	19,00	0	856.469	1.019.198
							Total Items:	3

Información Tributaria	Base	Vr. Impuesto
IVA 19%	1.009.329,00	191.773,00

Observaciones

EL COMPRADOR DECLARA EXPRESAMENTE HABER RECIBIDO LA MERCANCIA Y/O SERVICIOS A LA PLENA SATISFACCION, LA QUE TRANSPORTARÁ POR SU CUENTA Y RIESGO, PAGARÁ A LA CUENTA DE ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ . LA SUMA DE QUE TRATE ESTA FACTURA. PAGO QUE SE VERIFICARÁ EN VALLEDUPAR. ESTA FACTURA DE VENTA TIENE CARACTER DE TITULO VALOR Y SE RIGE POR LA LEY 1231 DE JULIO 17/2008 Y SU VALOR ES EXIGIBLE EN SU VENCIMIENTO INDICADO MAS EL RECARGO POR INTERES DE MORA AL % MENSUAL

Parcial	**1.009.329,00**
Descuento	**0,00**
Subtotal	**1.009.329,00**
I.V.A	**191.773,00**
ReteIVA	**0,00**
ReteFuente	**0,00**
Total a Pagar	**$ 1.201.102,00**

Acepto el contenio de la presente factura y hago constar el recibido conforme de la mercancia y/o servicios descritos

NOMBRE: _____

C.C No: _____

FECHA DE RECIBIDO: _____

Entregado Por:

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

Actividad Principal:4761-Comercio al por menor de libros, periodicos, materiales y articulos de papeleria y escritorio

CUFE: 5f51c26a6857df9d01972ddc1822c56bacd8889bbef4fe78ef4892eb1210fa382bb21e84397ceed5e00db2cf8e46a98c

Software ZAFIRO - Fabricante Amilkar Sierra Nit. 77027868 Inf. 3106017613. Proveedor electronico Factura1

Valledupar, 30 de septiembre de 2024

Señores:
FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DE VALLEDUPAR.
Calle 16 N° 8-25 Valledupar (Cesar)
Ciudad

Asunto: *CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO O NO A DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE INMEDIATAMENTE ANTERIOR*.

Yo, **ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía N° 49.730.487 de Valledupar, vinculado actualmente mediante contrato de suministro, y para efectos de la norma contenida en el art. 384 del E.T, certifico bajo la gravedad de juramento (artículo 442 del código penal) lo siguiente:

1) Que NO califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (art. 10 del E.T) y mis ingresos brutos si provienen en un 80% o más de mis rentas laborales.

2) Que por el año gravable anterior SI soy un obligado a declarar renta pues no cumplí con todos los requisitos que me hubieren exonerado de dicha obligación tal como se hayan contemplados en el art. 7 del decreto 2634 de diciembre del 2012.

Atentamente,

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ
C.C. 49.730.487 de Valledupar.
Propietaria Estab. De Comercio DISTRIBUCIONES Y SUMINISTROS VALLEDUPAR.

Valledupar

Señor
MANUEL ASCANIO VILLAZON
Subgerente Financiero
Fonvisocial

Asunto: Información solicitada por el artículo 1 del Decreto 1070, modificado con el Decreto 3032 de diciembre del 2013

Yo, **NOMBRE CONTRATISTA** dando cumplimiento a lo establecido con el artículo 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013, modificado por el Decreto 3032 del 2013, como persona actualmente residente en Colombia certifico que:

a. Durante el año gravable 2023 el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron en una relación laboral. SI [ ] NO [X]

b. Durante el año gravable 2023, el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado. SI [ ] NO [X]

c. Por el año gravable 2023 estoy obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano. SI [X] NO [ ]

d. Mis ingresos brutos en el año gravable inmediatamente anterior superaron los $ 59.377.000. SI [X] NO [ ]

e. Durante el año gravable 2023 desarrolle **alguna de las** actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario. SI [X] NO [ ]

f. En caso de desarrollar alguna de las actividades establecidas en el artículo 340 del E.T. alguna me generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos. SI [X] NO [ ]

g. Durante el año gravable inmediatamente anterior preste servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represento más del veinticinco por ciento (25%) del total de mis ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. SI [ ] NO [X]

En constancia de lo anterior, firmo en Valledupar a los cuatro (4) días del mes de abril de 2024.

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ
C.C. 49.730.487 de Valledupar.

Valledupar, 30 de Septiembre de 2024

Señores:
FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DE VALLEDUPAR.
Calle 16 N° 8-25 Valledupar (Cesar)
Ciudad

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ, identificado con cedula de ciudadanía No.49730487 expedida en Valledupar, actuando en nombre propio, con establecimiento de comercio denominado DISTRIBUCIONES Y SUMINISTROS VALLEDUPAR con NIT No. 49730487-3 manifiesto bajo la gravedad del juramento que he cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

ISABEL CRISTINA CAMPO MANJARREZ
C.C. 49.730.487 de Valledupar.
Propietaria Estab. De Comercio DISTRIBUCIONES Y SUMINISTROS VALLEDUPAR.

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
NIT 49730487	3	SUMINISTROS Y DISTRIBUCIONES VALLEDUPAR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFACESAR	CL 17 9 91 BRR CENTRO	VALLEDUPAR-CESAR	5870928	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	928546036	9473592423	E	2024/09/19	2024/09/23	BANCOLOMBIA	4	$1,279,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1065610206	CAMPO CARLOS																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0	Si	$318,800
2	CC	49608426	LUQUEZ KARYN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0	Si	$318,800
3	CC	1047403794	TAMARA ANGELICA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0	Si	$318,800
4	CC	77183933	VERGARA LUIS																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0	Si	$318,800
Total	**Afiliados(4)**																						$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0		$1,275,200

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
NIT 49730487	3	SUMINISTROS Y DISTRIBUCIONES VALLEDUPAR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFACESAR	CL 17 9 91 BRR CENTRO	VALLEDUPAR-CESAR	5870928	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	928546036	9473592423	E	2024/09/19	2024/09/23	BANCOLOMBIA	4	$1,279,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$832,000	$2,600	$0	$834,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$1,300	$0	$417,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$416,000	$1,300	$0	$417,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$27,200	$100	$0	$27,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$27,200	$100	$0	$27,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$208,000	$700	$0	$208,700
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	4	$208,000	$700	$0	$208,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$208,000	$800	$0	$208,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$104,000	$400	$0	$104,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$400	$0	$104,400
TOTAL				**4**	**$1,275,200**	**$4,200**	**$0**	**$1,279,400**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 49730487	3	SUMINISTROS Y DISTRIBUCIONES VALLEDUPAR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFACESAR	CL 17 9 91 BRR CENTRO	VALLEDUPAR-CESAR	5870928	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	1003633848	9476126047	E	2024/10/21	2024/10/25	BANCOLOMBIA	4	$1,278,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1065610206	CAMPO GAMBOA CARLOS MARIO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
2	CC	49608426	LUQUEZ PEREZ KARYN CECILIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
3	CC	1047403794	TAMARA CORREA ANGELICA PATRICIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
4	CC	77183933	VERGARA CARMONA LUIS MIGUEL	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(4)**					**$5,200,000**	**$832,000**			**$5,200,000**	**$208,000**			**$5,200,000**	**$208,000**			**$5,200,000**	**$27,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$832,000	$2,400	$0	$834,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$1,200	$0	$417,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$416,000	$1,200	$0	$417,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$27,200	$100	$0	$27,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$27,200	$100	$0	$27,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$208,000	$600	$0	$208,600
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	4	$208,000	$600	$0	$208,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$208,000	$600	$0	$208,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$104,000	$300	$0	$104,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$300	$0	$104,300
TOTAL				4	$1,275,200	$3,700	$0	$1,278,900

2024/10/25 08:39 AM