Bogotá, 2 de noviembre de 2024

Doctor
WILLIAM ALIRIO FUENTES CABALLERO
Supervisor

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO No. 0504 DE 2024 — PERIODO 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2024.

En condición de contratista presento informe mensual de actividades, de acuerdo con las obligaciones específicas del contrato relacionado en el asunto suscrito con la Personería de Bogotá, así:

Objeto: Prestación de servicios de apoyo en actividades de gestión documental relacionadas con la aplicación de instrumentos archivísticos, dentro del marco del proyecto de inversión 0504.

Obligaciones específicas|:

De conformidad con la obligación **3.1** Se realiza el diligenciamiento diario del indicador del periodo comprendido entregado al supervisor del contrato. Anexo 1. Producción Diaria

De conformidad con la obligación **3.2** Se da cumplimiento al cronograma establecido realizando las actividades asignadas para la intervención de archivo de gestión en la dependencia Personería delegada para la Familia y sujetos de especial protección.

De conformidad con la obligación **3.3** Se realiza revisión y corrección de los expedientes, dando el visto bueno de los procesos técnicos ya aplicados.

De conformidad con la obligación **3.4** Se cumplió con la revisión de 8 de carpetas y la elaboración de hojas de control respectivas. Anexo 2. Hoja de Control de Historias Laborales

De conformidad con la obligación **3.6** Se cumplió con la actividad de implementación y aplicación de las TRD, identificando la oficina productora, serie, subserie, tipos documentales, retención y disposición final.

De conformidad con la obligación **3.8** Se cumplió con el apoyo en la implementación al interior de la Personería delegada para la Familia y sujetos de especial protección de los instrumentos archivísticos vigentes (Tabla de Retención Documental/ Personería delegada para la Familia y sujetos de especial protección).

De conformidad con la obligación **3.10** Se cumple con las obligaciones del Sistema de Seguridad Social Integral.

Se anexa documento que soporta las actividades realizadas en el periodo comprendido, incluida la tabla de producción semanal con las actividades realizadas.

Con relación a las obligaciones generales del presente contrato de prestación de servicios, se da cumplimiento a las mismas, a la normatividad ambiental y de calidad vigentes en la Entidad.

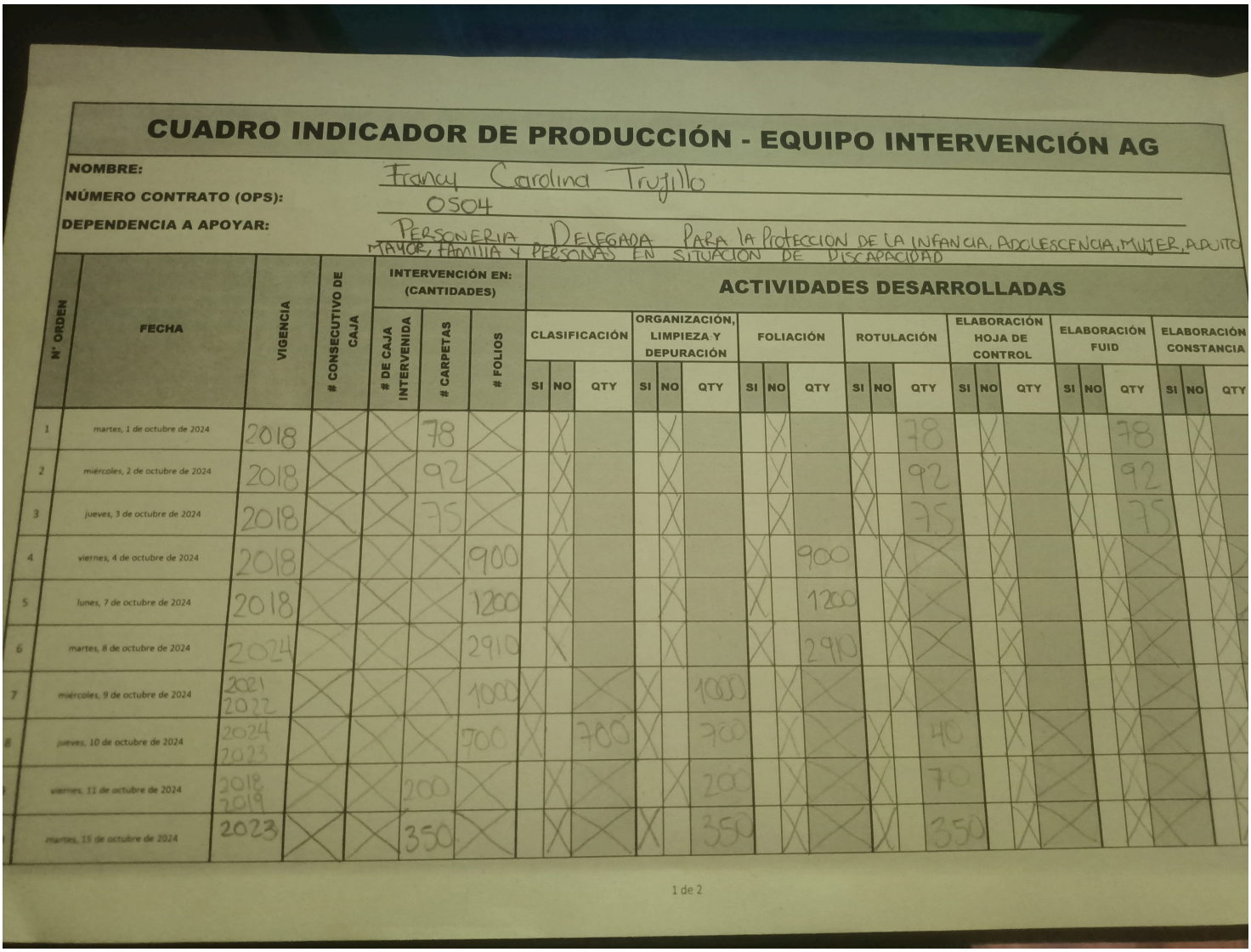
2. **PAGO DE APORTES A SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL N° - 80597252 Para este periodo.**
   Se adjunta planilla de seguridad social del mes de septiembre.

3. **VALOR A COBRAR:** La suma de: tres millones trescientos sesenta, $3.360.000
   Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 24078438976 del ***Banco Caja Social***.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día 02 de noviembre de 2024.



Francy Carolina Trujillo
C.C. 52.936.416
Contratista



CUADRO INDICADOR DE PRODUCCIÓN - EQUIPO INTERVENCIÓN AG

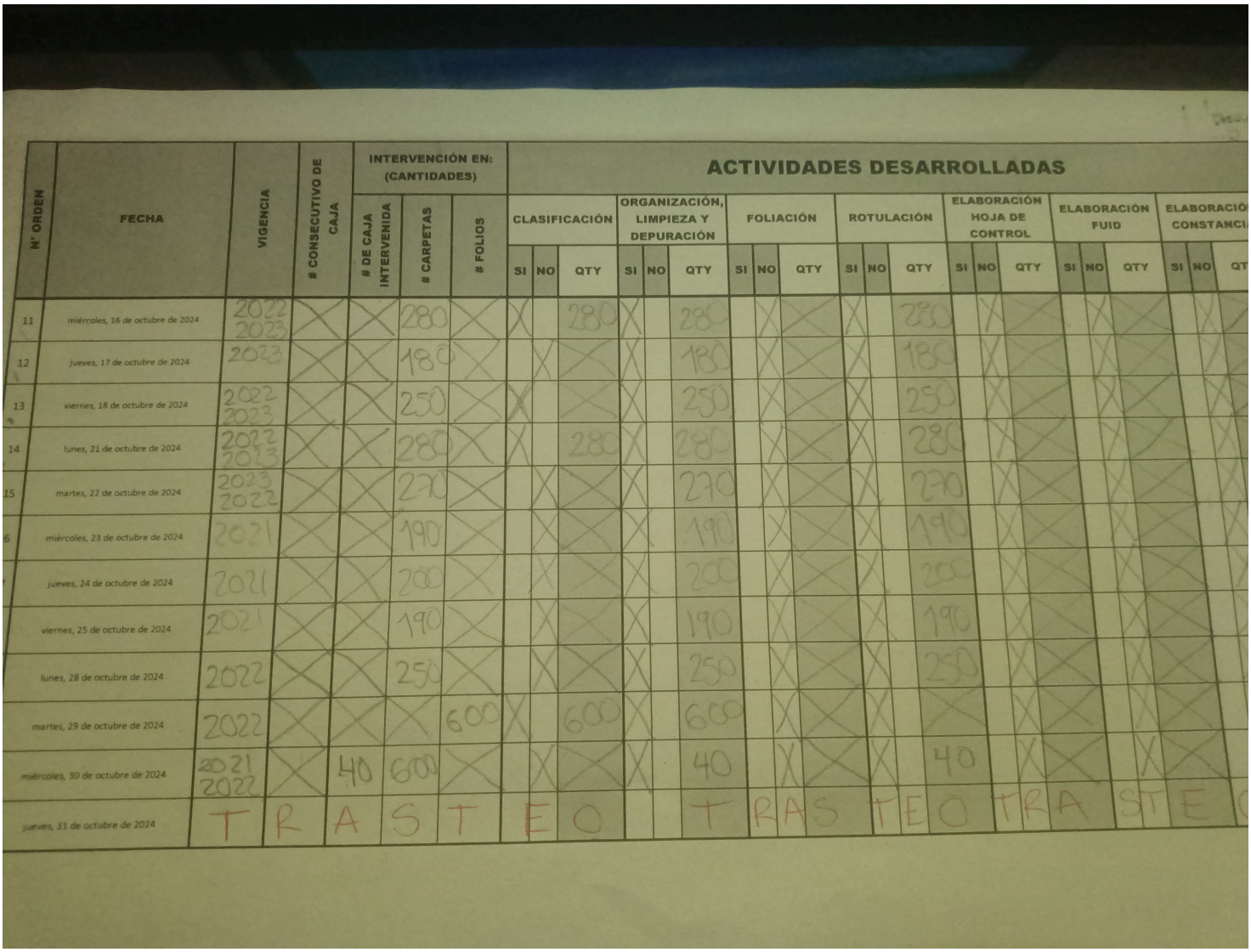
NOMBRE: Francy Carolina Trujillo

NÚMERO CONTRATO (OPS): 0504

DEPENDENCIA A APOYAR: PERSONERIA DELEGADA PARA LA PROTECCION DE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA, MUJER, ADULTO MAYOR, FAMILIA Y PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD

Nº ORDEN	FECHA	VIGENCIA	# CONSECUTIVO DE CAJA	INTERVENCIÓN EN: (CANTIDADES)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS																				
				# DE CAJA INTERVENIDA	# CARPETAS	# FOLIOS	CLASIFICACIÓN			ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DEPURACIÓN			FOLIACIÓN			ROTULACIÓN			ELABORACIÓN HOJA DE CONTROL			ELABORACIÓN FUID			ELABORACIÓN CONSTANCIA		
							SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY
1	martes, 1 de octubre de 2024	2018	X	X	78	X		X			X			X		X		78		X		X		78		X	
2	miércoles, 2 de octubre de 2024	2018	X	X	92	X		X			X			X		X		92		X		X		92		X	
3	jueves, 3 de octubre de 2024	2018	X	X	75	X		X			X			X		X		75		X		X		75		X	
4	viernes, 4 de octubre de 2024	2018	X	X	X	900		X			X		X		900	X		X		X			X	X		X	X
5	lunes, 7 de octubre de 2024	2018	X	X	X	1200		X			X		X		1200	X		X		X			X	X		X	X
6	martes, 8 de octubre de 2024	2024	X	X	X	2910		X			X		X		2910	X		X		X			X	X		X	X
7	miércoles, 9 de octubre de 2024	2021 2022	X	X	X	1000	X		X	X		1000		X			X	X		X			X	X		X	X
8	jueves, 10 de octubre de 2024	2024 2023	X	X	X	700	X		700	X		700		X	X		X	40		X	X		X	X		X	X
9	viernes, 11 de octubre de 2024	2018 2019	X	X	200	X		X	X		X	200		X	X		X	70		X	X		X	X		X	X
10	martes, 15 de octubre de 2024	2023	X	X	350	X		X	X	X		350		X	X	X		350		X	X		X	X		X	X

1 de 2



Nº ORDEN	FECHA	VIGENCIA	# CONSECUTIVO DE CAJA	INTERVENCIÓN EN: (CANTIDADES)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS																							
				# DE CAJA INTERVENIDA	# CARPETAS	# FOLIOS	CLASIFICACIÓN			ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DEPURACIÓN			FOLIACIÓN			ROTULACIÓN			ELABORACIÓN HOJA DE CONTROL			ELABORACIÓN FUID			ELABORACIÓ CONSTANCI		
							SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QTY	SI	NO	QT
11	miércoles, 16 de octubre de 2024	2022 2023			280		X		280	X		280		X				280		X							
12	jueves, 17 de octubre de 2024	2023			180			X		X		180		X				180		X							
13	viernes, 18 de octubre de 2024	2022 2023			250		X			X		250		X				250		X							
14	lunes, 21 de octubre de 2024	2022 2013			280		X		280	X		280		X				280		X							
15	martes, 22 de octubre de 2024	2023 2022			270			X		X		270		X				270		X							
6	miércoles, 23 de octubre de 2024	2021			190			X		X		190		X				190		X							
	jueves, 24 de octubre de 2024	2021			200			X		X		200		X				200		X							
	viernes, 25 de octubre de 2024	2021			190			X		X		190		X				190		X							
	lunes, 28 de octubre de 2024	2022			250			X		X		250		X				250		X							
	martes, 29 de octubre de 2024	2022				600	X		600	X		600		X						X							
	miércoles, 30 de octubre de 2024	2021 2022		40	600			X		X		40		X				40		X			X				
	jueves, 31 de octubre de 2024	TRASTEO										TRASTEO									TRASTE						

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	52936416	FRANCY CAROLINA TRUJILLO	CRA 53 C N 5-39	3134652129	caroltru24@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	30/09/2024	80597252	$391.300	

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	168.500	0		0		0	0	0	0	168.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	215.700	0	0	0	0	0	0		215.700	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	7.100				7.100	0	0	7.100			71	7.100	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	168.500	168.500
Pensión	1	215.700	215.700
Riesgos Laborales	1	7.100	7.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	391.300	391.300

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	52936416	FRANCY CAROLINA TRUJILLO		CRA 53 C N 5-39	3134652129	caroltru24@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	30/09/2024	80597252	$391.300	

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	52936416	TRUJILLO FRANCY CAROLINA	59	0			N																	230201	1.348.000	215.700	0	0	0	0	EPS008	1.348.000	168.500	14-23	1.348.000	1	7.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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