

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-F-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. 6858609 DE 2024		PERIODO DEL INFORME Desde (08/12/2024 – Hasta (29/12/2024)					
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	☐	Mensual	☐	Final	☒

1. DATOS DEL CONTRATO				
Unidad ejecutora	DANE	☒	FONDANE	☐
Contratista	SHARIL NATALIA ACOSTA ARÉVALO			
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	1.010.001.833			
Objeto	CE_2024_DRA_BDC_TH_TU_IINT_Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar el acompañamiento y seguimiento al trabajo de los censistas de barrio, ubicados en las áreas compactas de recolección en las áreas de coordinación que concentre el mayor número unidades económicas, así como velar por la cobertura y calidad de los datos recolectados durante el Censo Económico Nacional Urbano en el municipio asignado.			
Valor del contrato	\$7.403.333			
Plazo del contrato	82 días			
Pago número	3 de 3			
Valor del pago	Concepto			
	Honorarios pago	3 de 3	\$1.833.333	
	Trans Urbanos pago	3 de 3	\$ 90.000	
	Trans Rurales pago	0 de 0	\$0	
	Otros Trans pago	0 de 0	\$0	
	Comunicaciones pago	3 de 3	\$ 32.000	
	Internet pago	0 de 0	\$0	
	Manutención pago	0 de 0	\$0	
	Insumos	0 de 0	\$0	
Valor total \$ 1.955.333				
N° Registro Presupuestal	625324	Fecha Registro Presupuestal	08/10/2024	
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	N/A			
Modificaciones	-----			
Fecha de inicio	08/10/2024	Fecha de Terminación***	29/12/2024	
Dependencia	OPERATIVA			
Lugar de ejecución	DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRO - BOGOTÁ D.C..			
Supervisor – Cargo	DAMIAN MAURICIO PATERNINA PUENTES Profesional Especializado - 2028-17 Teléfono: 5978300			

***Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
1.Asistir al curso de entrenamiento (presencial) y dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	Asistí al curso de entrenamiento del 30 de sept al 02 de oct del 2024 en la cra 37 # 25ª-57 Expo Hotel Ferial cerca de corferias y domino los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	https://drive.google.com/drive/folders/1HVWwVswjgey78Qy02mo87nvOgMdIAJh8?usp=sharing

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-F-001
		Versión: 1

CONTRATO No. 6858609 DE 2024		PERIODO DEL INFORME Desde (08/12/2024 – Hasta (29/12/2024)	
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	☐ Mensual ☐ Final

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
8. Realizar las solicitudes de transporte multimodal de acuerdo con la planeación de recolección, en los tiempos establecidos para la prestación de estos servicios.	Por el momento no se ha solicitado transporte para recolección de datos	https://drive.google.com/drive/folders/1xpApgvBCrVghdQYU4ziUZfss5TFOK6Z?usp=drive_link
9. Asistir puntualmente a las reuniones o re inducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.	He asistido puntualmente a las reuniones indicadas por el DANE y mi coordinadora.	https://drive.google.com/drive/folders/195VhS1Wzi0ehilOWDxp9VLScf5ccig05?usp=drive_link
10. Presentar los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	He presentado los informes parciales y finales requeridos por el coordinador encargado de ejercer control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas del operativo.	https://drive.google.com/drive/folders/1Pp-6hho00ySde6nNOhz-643L4xXquUvf?usp=drive_link
11. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo	He dado buen uso de los recursos durante el operativo	https://drive.google.com/drive/folders/1BRZVcz6iQoZUKBU1K-DMIFYZIMAxrsxY?usp=drive_link
12. Informar a la supervisión en campo (o a la persona que a quien deba rendirle información de sus obligaciones) los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	He informado a la supervisión en campo los inconvenientes que se han presentado para la realización del trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	https://drive.google.com/drive/folders/1d4RN4ebEWtjTT6dG6nNufOGcEvpbo7FZ?usp=drive_link
13. Hacer uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera	He usado los canales de comunicación para enviar informar sobre mi ubicación, dudas y novedades del proceso	https://drive.google.com/drive/folders/1Bzm-LYf15HM_wWSh1k3g7MCMFyYUOmva?usp=drive_link

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN		Código: GCO-030-MAN-002-F-001 Versión: 1

CONTRATO No. 6858609 DE 2024		PERIODO DEL INFORME Desde (08/12/2024 – Hasta (29/12/2024)	
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	☐
Mensual		Final	
		☒	

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
8. Realizar las solicitudes de transporte multimodal de acuerdo con la planeación de recolección, en los tiempos establecidos para la prestación de estos servicios.	Por el momento no se ha solicitado transporte para recolección de datos	https://drive.google.com/drive/folders/1xpApgvBCrVghdQYU4ziUZFss5TFOK6Z?usp=drive_link
9. Asistir puntualmente a las reuniones o re inducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.	He asistido puntualmente a las reuniones indicadas por el DANE y mi coordinadora.	https://drive.google.com/drive/folders/195VhS1Wzi0ehilOWDxp9VLScf5ccig05?usp=drive_link
10. Presentar los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	He presentado los informes parciales y finales requeridos por el coordinador encargado de ejercer control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas del operativo.	https://drive.google.com/drive/folders/1Pp-6hho00ySde6nNOhz-643L4xXquUvf?usp=drive_link
11. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo	He dado buen uso de los recursos durante el operativo	https://drive.google.com/drive/folders/1BRZVcz6iQoZUKBU1K-DMIFYZIMAxrsxY?usp=drive_link
12. Informar a la supervisión en campo (o a la persona que a quien deba rendirle información de sus obligaciones) los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	He informado a la supervisión en campo los inconvenientes que se han presentado para la realización del trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	https://drive.google.com/drive/folders/1d4RN4ebEWtjTT6dG6nNufOGcEvpbo7FZ?usp=drive_link
13. Hacer uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera	He usado los canales de comunicación para enviar informar sobre mi ubicación, dudas y novedades del proceso	https://drive.google.com/drive/folders/1Bzm-LYf15HM_wWSh1k3g7MCMFyYUOmva?usp=drive_link

**DANE****INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**

Código: GCO-030-MAN-002-I-001

Versión: 1

CONTRATO No. 6858609 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (08/12/2024 – Hasta (29/12/2024)			
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	☐	Mensual	☐	Final	☒

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

Porcentaje de ejecución física	100%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen.		
14.Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato	He desarrollado las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	https://drive.google.com/drive/folders/1lphTSTxyzzDcigo1STaSCXnZxT-t8qOj?usp=drive_link

3. RELACION DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NOTA: para proveedores adjuntar certificación suscrita por Revisor Fiscal o Representante Legal (según aplique)

SALUD	Periodo reportado	Noviembre	Planilla N° 82606005 de 11/12/2024
PENSIÓN	Periodo reportado	Noviembre	Planilla N° 82606005 de 11/12/2024
ARL	Periodo reportado	Noviembre	Planilla N° 82606005 de 11/12/2024

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)

Valor inicial	7.407.333,33
Valor total (Incluye adiciones)	7.407.333,33
Valor cancelado o pagado	5.452.000,33
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	0
Valor por cancelar	1955333
Saldo por liberar	0

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

¿Le han reconocido pensión?	SI ☐ NO ☒	Entidad que la reconoció: XXXXXXXXXX
¿Pertenece a algún régimen especial?	SI ☐ NO ☒	¿Cuál?:
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV)	SI ☐ NO ☒	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la resolución deberá allegarse como soporte del primer informe y la planilla de pago de Salud y ARL.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-F-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. 6858609 DE 2024			PERIODO DEL INFORME Desde (08/12/2024 – Hasta (29/12/2024)		
Persona Natural	☒	Persona Jurídica	Mensual	☐	Final ☒

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en mi calidad de contratista/proveedor, declaro que, toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR:

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago, serán verificados en la plataforma correspondiente, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

Firma: Sharil Natalia A.A.
CONTRATISTA
SHARIL NATALIA ACOSTA ARÉVALO

Firma: 
Aprobó – SUPERVISOR DEL CONTRATO
DAMIAN MAURICIO PATERNINA PUENTES

Firma: 
Revisó
LORENA CALDERÓN

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010001833	SHARIL NATALIA ACOSTA AREVALO		Cra19b#61a-48sur	6012892939	sharil.acosta.arevalo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82606005	\$378.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	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	208.000	0	0	0	0	2	300	0	208.300	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	6.800				6.800	2	100	6.900			68	6.900	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	162.500	162.800
Pensión	1	208.000	208.300
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010001833	SHARIL NATALIA ACOSTA AREVALO		Cra19b#61a-48sur	6012892939	sharil.acosta.arevalo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
TOTAL A PAGAR					
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82606005	\$378.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1010001833	ACOSTA AREVALO SHARIL NATALIA	59	0		N																		230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **SHARIL NATALIA ACOSTA AREVALO**, identificada con **CC** número **1010001833**, aportó por **SHARIL NATALIA ACOSTA AREVALO** identificado(a) con **CC** número **1010001833** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 10 - 2024 y 11 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E D	T A D	T A D	T A D	V S T	V S T	S L N	S L N	I G M	I G M	V A C	V A C	V C P	V C P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X															0	23	\$996,667	0.00522	\$5,300	\$0	\$0	Octubre - 2024	82605994	11/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0	30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82606005	11/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59	X															0	23	\$996,667	0.16000	\$159,500	\$0	\$0	Octubre - 2024	82605994	11/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59																0	30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82606005	11/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59	X															0	23	\$996,667	0.12500	\$124,600	\$0	\$0	Octubre - 2024	82605994	11/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59																0	30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82606005	11/12/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Diciembre de 2024