

Bogotá D.C.



Doctor(a)

HECTOR GUZMAN TORRES

Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda

CRA 31D No 4 - 05

Ciudad

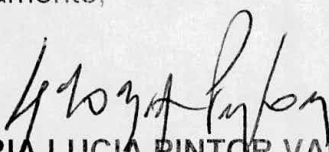
ASUNTO: Informe de Actividades PERÍODO: 01-marzo-2018 A 31 de marzo de 2018
Contrato: 061-2018

Respetado(a) Doctor(a)

Accorde a los requerimientos para la presentación de informes, adjunto la documentación para el pago del PERÍODO: 01-marzo-2018 A 31 de marzo de 2018. En cumplimiento a mis obligaciones dentro del contrato 061-2018

DOCUMENTO	CANTIDAD DE FOLIOS	UBICACIÓN FOLIO
CUENTA DE COBRO	1	1
INFORME DE ACTIVIDADES	2	2 y 3
ANEXOS	1	4
CERTIFICADO ORFEO	1	5
PAGO SALUD Y PENSIÓN	2	6
TOTAL FOLIOS		

Atentamente,


GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
51962571 DE BOGOTA

 GESTIÓN Y ADQUISICIÓN DE RECURSOS FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS		
PERÍODO: 01-marzo-2018 A 31 de marzo de 2018		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN	
No. CONTRATO Y FECHA	061-2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS	
No. DE IDENTIFICACIÓN	51962571 DE BOGOTÁ	
TELÉFONO DE CONTACTO	3133268327	
DIRECCIÓN	CARRERA 39 No. 18-10 SUR AP 201	
PLAZO DE EJECUCIÓN	11 MESES	
VALOR	27.500.000	
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)		
FECHA ACTA DE INICIO	26/01/2018	
PRORROGA	N.A	
ADICIÓN	N.A	
SUSPENSIÓN	N.A	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	25/12/2018	
OBJETO DEL CONTRATO	EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA A PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LAS DIFERENTES LABORES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS QUE SURJAN DE LA GESTIÓN DE LA JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL SEGÚN LOS ESTUDIOS PREVIOS.	
DESARROLLO DEL INFORME		
Nota: Incluya los campos necesarios de acuerdo a esto.		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:		
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3: Brindar soporte de sistemas y tecnología a la Junta Administradora Local.		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1 ELABORACION ACTAS	INFORME CONTRATISTA	ANEXO PDF EN CD
2		
3		

FECHA 2 DE abril DE 2018

GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
CARRERA 39 No. 18-10 SUR AP 201
3133268327
gloriapv2015@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. 2

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA
NIT 899.999.061-9

DEBE A:
GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
51962571 DE BOGOTA

LA SUMA DE 2.500.000

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/cte

RESPONSABLE DEL IVA REGIMEN SIMPLIFICADO

Por concepto de :
SERVICIOS GENERADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 061-2018 GESTIÓN QUE SE LLEVO ACABO EL PERÍODO: 01-marzo-2018 A 31 de marzo de 2018

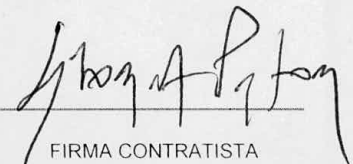
CIU: 7490

Yo: GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS Identificado como aparece al pie de mi firma me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se

1 Pertenecen a rentas de trabajo SI ☒ NO ☐
2 He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad SI ☐ NO ☒

CERTIFICO QUE: Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión

Favor consignar a la cuenta de DAVIVIENDA, CUENTA DE AHORROS 4800380315


FIRMA CONTRATISTA
GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS

Alcaldía Local de Puente Aranda
R No. 2018-661-004724-2
2018-04-02 15 06 - Folios 1 Anexos 6 Y
Destino: Area de Gestion de Desar
Rem/D: GLORIA LUCIA PINTOR VARGA


 GESTIÓN Y ADQUISICIÓN DE RECURSOS FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS PERÍODO: 01-marzo-2018 A 31 de marzo de 2018		
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1: PRESTAR APOYO ADMINISTRATIVO DURANTE LAS SESIONES QUE REALICEN, ASISTIR Y TRANSCRIBIR LA INFORMACIÓN DE TODAS LAS SESIONES PARA DESARROLLAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES QUE LE SEAN ENCOMENDADAS POR EL PRESIDENTE DE LA CORPORACIÓN. 2. DISTRIBUIR LA CORRESPONDENCIA ORIGINADA Y RECIBIDA. 3. APOYO EN EL REGISTRO DE LOS PROYECTOS DE ACUERDO LOCAL PRESENTADOS POR LOS EDILES, EL ALCALDE LOCAL, LOS CIUDADANOS Y LAS ORGANIZACIONES DE PARTICIPACIÓN CÍVICA O COMUNITARIA Y HACER ENTREGA INMEDIATA AL PRESIDENTE DE LA LIQUIDACIÓN. 4. REGISTRAR LOS PROYECTOS A DEBATIR TANTO EN COMISIÓN COMO EN PLENARIA DE LA J.A.KL. 5. LAS DEMÁS QUE SE LE ASIGNEN Y TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.</p>		
OBLIGACIONES GENERALES:		
El contratista CUMPLIO con las obligaciones generales para el periodo reportado en el presente informe.	SI x	NO
<p>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.</p>		
<p>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.</p>		
<p>Las obligaciones verificadas se ejecutaron en el tiempo programado, modo, lugar y condiciones técnicas establecidas en el contrato.</p>		
CONSIGNACIÓN CUENTA BANCARIA		DAVIVIENDA, CUENTA DE AHORROS 4800380315
FIRMA CONTRATISTA		 FIRMA GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS
FIRMA INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	NOMBRE	FIRMA
	CARGO VINCULACIÓN	 FIRMA HECTOR GUZMAN TORRES
FIRMA PROFESIONAL DE APOYO (SI APLICA)	NOMBRE	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222/24 - GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL -ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PERIODO COTIZACION		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			SALUD	DIFERENTE A SALUD						
MES	AÑO	MES	AÑO												
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C		NO	3	2018	3	2018	1	20-03-2018	26023524	\$291.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Santas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	4	400	0	125.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	4	600	0	160.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	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	Sistemas										
14-23	Proteiva Seguros	860011153-6	5.300				\$ 300	4	100	5.400			53	5.400	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, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.400
Pensión	1	160.000	160.600
Riesgos Laborales	1	5.300	5.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	291.400



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO
CC	51962571	GLORIA LUCIA PINTOR VARGAS		CR 39 # 18 - 10 SUR APAR 201 BR LA	7277184
FORMA PRESENTACION		NOMBRE SUCURSAL		CODIGO	CORREO
UNICA		1 - Independiente		BOGOTA D.C	GLORIAPV2015@GMAIL.COM

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	1	20/03/2018	26023524	\$291.400

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No	Tipo	No de identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Enfermedad	Accidente	Cod AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	1	51962571	PINTOR VARGAS GLORIA LUCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05-14	1.000.000	760.000	0	0	0	0	ETSAV5	1.000.000	1.25.000	14-13	1.000.000	11	0.000	0	0	0	0	0	0	0	

«Escriba los números de cada uno que se basa en, separados por comas.»

ADICIONALES A LA RADIACION DE LOS DATOS DE LA RADIACION

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación
- Mis Oficios
- Mis Memorandos
- Mis Entradas (0)
- Mis Oficios (0)
- Mis Memorandos (0)
- Mis Vistos Bueneo (0)
- Mis Devueltos (0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informes (0)
- Mis Permisos (0)

