INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002

NOMBRE Y APELLIDOS:	Roger Stevens Olaya Diaz	C.C	1013612706

N° CONTRATO	249-2025	VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	20/01/25	FECHA TERMINACIÓN	30/09/25

OBJETO:	Prestar los servicios profesionales en el Grupo Interno de Trabajo Gestión Administrativa y Operaciones; con el fin de realizar las actividades relacionadas con el mantenimiento preventivo; correctivo y calibración de los bienes y equipos de propiedad de la entidad; así mismo en temas relacionados con el apoyo; seguimiento y control de los contratos a cargo la Subdirección Administrativa y financiera

NÚMERO DE PAGO:	2

SUPERVISOR	CARGO
Juan Manuel Torres Parra	Experto Tecnico

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

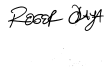
	RELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES	ADJ
1	Realizar el levantamiento de la información para la verificación del estado de los bienes y equipos a cargo de la entidad, concordante con las solicitudes de las diferentes dependencias de la entidad, con el fin de determinar si están o no sujetos a mantenimiento.	Se levanto la informacion de bienes y equipos de la entidad para la realizacion de las fichas tecnicas de mantenimiento. En total se cuenta con 588 equipos los cuales son suceptibles a mantenimiento preventivo y/o correctivo. Dentro de los cuales se encuentran DRONES, EQUIPOS DE COMPUTO, IMPRESORAS, ESCANERS, SOLUCIONES DE VIDEOCONFERENCIA, EQUIPOS DE TOPOGRAFIA, EQUIPOS DE GEOFISICA, AUDIOVISUALES, COMUNICACIONES, HERRAMIENTAS, Y EQUIPOS DE MEDICION	
2	Elaborar informe que tenga como mínimo información sobre los bienes objeto de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los bienes inherentes a las acciones humanitarias de la entidad.	Se envian los informes tecnicos respectivos a la sede territorial de pereira respecto a los mantenimientos desarrollados en la anterior vigencia de los equipos de prospeccion, informes demandados por la sede territorial.	**Si**
3	Apoyar en la estructuración de las necesidades financieras y técnicas a incluir en el Plan Anual de Adquisiciones, para adelantar la contratación y/o adquisición de servicios que garanticen el mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los bienes de la UBPD, en conjunto con las dependencias responsables de los bienes.	Se apoya en la estructuracion y diligenciamiento de la nueva linea del PAA 2025 para el mantenimiento preventivo y/o correctivo con inclusion de repuestos y calibracion de los equipos de medicion.	**Si**
4	Apoyar la estructuración de los documentos precontractuales de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración para los bienes y equipos a cargo de la UBPD, con el fin de adelantar los procesos de selección.	* Se radican los estudios previos del proceso de mantenimiento correctivo de los Equipos Tecnologicos, despues de la debida validacion con la coordinadora administrativa.* Se realiza una Reunion con Estudios de Mercado frente al proceso de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos de geofisica, topografia, audiovisuales y herramientas para la respectiva verificacion de las cotizaciones y aprobacion de las mismas para los valores de mantenimiento preventivo* Se realiza Reunion con el Dr Alejandro y Estudios de mercado para validacion del proceso de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los Sistemas Aereos no Tripulados, frente al traslado de equipos.* Se realiza el respectivo alcance y radicacion de la Ficha Tecnica de UAS de acuerdo a la reunion sostenida con SG * Se responde a las observacion desarrolladas por parte de los preoveedores respecto al proceso de mantenimiento correctivo de equipos tecnologicos	**Si**

5	Articular con las dependencias a cargo, en la implementación de los planes de trabajo, cronogramas y acciones específicas frente al mantenimiento de los bienes y equipos de la Entidad.	* Se articula con la Dependencia de DTPRI, el envio del equipo a comite de bajas enviado el respectivo informe tecnico en donde se establece que el equipo no se le puede realizar mantenimiento* Se responde a solicitud por parte del grupo de almacen e inventarios referente a los equipos que fueron enviados a mantenimiento en la vigencia anterior*Se articularan los cronogramas de trabajo con las diferentes dependencias una vez se tengan los contratos firmados del mantenimiento preventivo y/o correctivo de los bienes y equipos de la entidad.	**Si**
6	Construir documentos de valoración que incluya información general de los bienes y equipos, alcance del soporte y garantías, fabricantes, aseguramiento, dependencia y responsables uso y custodia con el fin de determinar las necesidades que la entidad debe suplir.	Se comienza con la construccion de una matriz en excel en donde se incluira la informacion de los bienes y equipos con el respectivo alcance del soporte de la garantia, fabricantes, dependencia responsable, para tener un control de los bienes y equipos a los cuales se les realice el respectivo mantenimiento	**Si**
7	Efectuar el seguimiento a los diferentes procesos y/o desarrollo de las actividades de mantenimiento.	Se hara el respectivo seguimiento a los procesos de mantenimiento una vez se tenga firmados los respectivos contrato.	
8	Realizar el seguimiento y control a las hojas de vida de los equipos de acuerdo con el instructivo sobre mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de la entidad.	Se realiza el seguimiento y control de las hojas de vida de los mantyenimientos desarrollados en la vigencia anterior. Una vez se desarrollen los mantenimientos de acuerdo a los contratos vigencia 2025, se hara la respectiva actualizacion de estas.	**Si**
9	Realizar el apoyo a la supervisión de los contratos de mantenimiento a cargo del Grupo Interno de Trabajo de Gestión Financiera y Contable de la Subdirección Administrativa y Financiera, y los que le sean asignados por el supervisor del contrato, de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos.	* Se apoya la supervision del contrato de mantenimiento correctivo de equipos tecnologicos frente al proveedor INMOTICA LDA con respecto a la Garantia de un equipos de computo IMAC* Se apoya a la supervision demandando los respectivos documentos de liquidacion de la vigencia anterior.	**Si**
10	Apoyar en la actualización de los documentos del Sistema Integrado de Gestión referente a los procesos de mantenimiento.	Se realiza la respectiva reunion con la coordinadora administrativa y el supervisor del contrato para socializar el Borrador del Instructivo de mantenimiento. Se adquiere el compromiso de modificacion del instructivo y a la espera de la dependencia responsable para la radicacion del documento.	**Si**
11	Las demás actividades asignadas por el supervisor para el diligente cumplimiento de su contrato	* Se apoya al grupo de infraestructura con la validacion de las tarjetas de acceso y parqueaderos de la sede nivel central.* Se apoya a infraestructura siendo Padrino asignado de la territorial Norte Barranquilla frente al traslado a la nueva sede territorial, viajando a barranquilla y apoyando todo el tema de trasteo y validacion de equipos y bienes	**Si**

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Seguridad Social - Planilla	planilla enero

Observaciones o información adicional



Firma del Contratista

Certificación del supervisor

Con la suscripción del presente informe, el supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifica el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el recibido a satisfacción de las actividades descritas.

Firma del Supervisor(es)

Juan Manuel Torres Parra



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Roger Stevens Olaya Diaz	Martes, 4 de Marzo del 2025	
Enviado a supervisor	Roger Stevens Olaya Diaz	Martes, 4 de Marzo del 2025	
Aprobado supervisor	Juan Manuel Torres Parra	Jueves, 6 de Marzo del 2025	Se aprueba el informe para continuar con el pago correspondiente
Enviado a central de cuentas	Juan Manuel Torres Parra	Jueves, 6 de Marzo del 2025	Se aprueba el informe para continuar con el pago correspondiente

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS	**Roger Stevens Olaya Diaz**
Cédula de ciudadanía	**1013612706**
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	**BOGOTÁ, D.C.**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No.	**249-2025**	VALOR TOTAL	**$ 52,182,900.00**	CDP	**8225**	RP	**31525**
VIGENCIA	**2025**	FECHA DE INICIO	**20/01/25**	FECHA DE TERMINACIÓN	**30/09/25**		
TIPO DE CONTRATO	**Prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión**						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO

¿PENSIONADO?	**NO**	NÚMERO DE PAGO	**2**	MES	**2025-02-01 / 2025-02-28**
RESPONSABLE DE IVA	**NO RESPONSABLE DE IVA**	DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL			**30**
		NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)			

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 6,237,000**	BASE GRAVABLE	**$ 6,237,000**
		IVA	**$**

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN	**$ 399,200**
APORTES OBLIG. EN SALUD	**$ 311,900**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	**RIESGO UNO (1)**
APORTES ARL	**$ 13,000**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	**$**

DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL

FONDO DE PENSIÓN	**PORVENIR**
EPS	**COMPENSAR**
ARL	**AXA COLPATRIA SEGUROS S.A**
MÉTODO DE COTIZACIÓN	**VENCIDO**

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	**BANCO DAVIVIENDA**	TIPO	**AHORROS**	No. CTA	**480970007286**

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, seré responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

3º El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual,se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se
realizará la respectiva de devolución.

Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO			
NOMBRE	Juan Manuel Torres Parra	CARGO - DEPENDENCIA	Experto Tecnico - SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GCO-FT-020, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, Arl, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

Juan Manuel Torres Parra

USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Roger Stevens Olaya Diaz	Martes, 4 de Marzo del 2025	
Enviado a supervisor	Roger Stevens Olaya Diaz	Martes, 4 de Marzo del 2025	
Aprobado supervisor	Juan Manuel Torres Parra	Jueves, 6 de Marzo del 2025	Se aprueba el informe para continuar con el pago correspondiente
Enviado a central de cuentas	Juan Manuel Torres Parra	Jueves, 6 de Marzo del 2025	Se aprueba el informe para continuar con el pago correspondiente

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	007

Información del Contratista

Identificado(a) con:	**Cédula de ciudadanía**	Número:	**1013612706**
Nombres y apellidos:	**Roger Stevens Olaya Diaz**		
Celular No:	**3209848446**		
Dirección:	**cra 72 bis 25b50**		
Correo electrónico personal:	**rolayad@unidadbusqueda.gov.co**	CONTRATO No:	**249-2025**

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada

b) De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6. "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Regalmentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravead de juramento que: Para la presente Vigencia tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad Si selecciona SI: Se le aplicará la retención en la fuente a titulo de renta a una tarifa del 10% persona natural sobre el valor de sus honorarios del mes correspondiente. Si selecciona NO: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta teniendo en cuenta la depuración contenida en el artículo 383 ET. La cual permite aplicar los beneficios tributarios que se relacionan a continuación	**NO**
c) Que la(s) persona(s) que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.	**NO**
d) Durante el año 2024 pagué intereses por crédito hipotecario, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T.	**NO**
e) Durante el año 2024 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T	**NO**
f) Solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente de acuerdo con lo establecido en el parágrafo. 3 del art. 383 del E.T	**NO**
Autorizo a la UBPD descontar un porcentaje de retención en la fuente adicional al calculado por la entidad del:	**0** %

Tipo Identificacion	Identificación	Nombre Completo	Edad	Tipo Dependiente	Tipo Dependencia

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			$ .00
Pensión Voluntaria			$ .00

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBPD, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los **4** días del mes de **Marzo** del año **2025**

Roger Olaya

Firma

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	1013612706	ROGER STEVENS OLAYA DIAZ	Carrera 72Bis N23b 50	3209848446	rsolayad@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	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	83761781	$417.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	13	1.600	0	179.600	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	227.800	0	0	0	0	13	2.000	0	229.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	13	100	7.600			75	7.600	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	178.000	179.600
Pensión	1	227.800	229.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	417.000

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	1013612706	ROGER STEVENS OLAYA DIAZ		Carrera 72Bis N23b 50	3209848446	rsolayad@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**
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	83761781	$417.000

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**	**Exonerado**	**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	1013612706	OLAYA DIAZ ROGER STEVENS	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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