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:	LAURA VICTORIA GOMEZ BALLESTEROS				**C.C. No:**	1.098.805.495	
Nº CONTRATO:	53	**VIGENCIA:**	2020	**FECHA DE INICIO:**	20/02/2020	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	17/08/2020

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios de apoyo tecnico con plena autonomia tecnica y administrativa para la recoleccion de la informacion de los expedientes de necropsia, bases de datos y otras fuentes de informacion relevantes para realizar el diligenciamiento de instrumento de diagnostico diseñado por la UBPD

NÚMERO DE PAGO	**6**
NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR Y CARGO:	JAIRO HERNANDO VICAS DIAZ- DIRECTOR TECNICO DE PROSPECCION, RECUPERACIÓN E IDENTIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO

RELACIONAR LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	DETALLAR LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO
1. Mantener la custodia y propender por el buen estado de los expedientes que se encuentran a su cargo.	Se recibieron cincuenta (50) expedientes por parte de la coordinadora del grupo, los cuales se encuentran en su debida custodia para propender su buen estado.
2. Diligenciar el instrumento de diagnóstico con base en los archivos físicos y bases de datos que contienen la información de los cuerpos no identificados del INMLCF y FGN, este instrumento contiene las siguientes variables: lugar de recuperación del cuerpo, necropsia médico legal, análisis forense antropológico, odontológico, genético, cruces de datos ante mortem y post mortem y disposición final de	Se realizó el respectivo diligenciamiento de cincuenta (50) expedientes en las bases de datos diseñadas para contener la información de los cuerpos no identificados (CNI).
3. Entregar diariamente al líder del equipo el archivo con la matriz diligenciada y la información que requiera ser consultada en otras fuentes como (sifmelco, laboratorios, cementerios, entre otros) para poder completar la información de los casos	Se entregó la respectiva matriz diligenciada al lider de equipo con cincuenta (50) expedientes.
4. Entregar el instrumento de diagnóstico (matriz) diseñado por la UBPD con mínimo 50 casos mensuales diligenciados, con toda la información completa de acuerdo a cada caso en concreto y enviarlo al líder de proyecto	Teniendo en cuenta la fecha de inició de contrato, la semana de capacitación, la entrega de los expedientes, la ubicación y empalme en las instalaciones del INMLCF, se entrega la matriz diligenciada con cincuenta (50) expedientes.
5. Ingresar al sistema de información red de desaparecidos y cadáveres (sirdec), la información de los cuerpos no identificados anteriores al año 2007, que no se encuentran registrados (proyecto retrospectivo).	Se ingresó la respectiva información a la red de desaparecidos y cadáveres (SIRDEC) de los cincuenta (50) expedientes
6. Elaborar las actas diarias de entrega y recibido de los expedientes a su cargo	Se elaboró la respectiva acta de recibido de los cincuenta (50) expedientes, los cuales a la fecha se encuentran en mi custodia.
7. Mantener informado al líder del proyecto respecto de los avances, dificultades y necesidades del mismo	El lider del proyecto está al tanto de los avances, dificultades y necesidades del proyecto en tiempo real.
8. Cumplir con las tareas asignadas, siguiendo las instrucciones recibidas por el supervisor del contrato o líder del equipo	Las labores encomendadas se han realizado bajo las estrictas instrucciones recibidas por el supervisor y/o lider del equipo.
9. Elaborar un informe mensual de gestión. Este informe deberá contener, información respecto a: número de casos asignados, número de casos diligenciados, fecha de diligenciamiento de los casos, fecha de asignación de los casos, cantidad de solicitudes de ampliación de información a otras fuentes	Teniendo en cuenta la fecha de inició de contrato, la semana de capacitación, la entrega de los expedientes, la ubicación y empalme en las instalaciones del INMLCF, no se realiza informe mensual de gestión.
10. Las demás actividades asignadas para el diligente cumplimiento de su contrato	Se han realizado las capacitaciones y actividades asignadas para cumplimiento de contrato

Productos y Otros Anexos

Observaciones o Información Adicional

Laura Victoria Gómez B.

FIRMA DEL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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.

HV

FIRMA DEL SUPERVISOR

UBPD
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código:	GFI-FT-006	Versión:	004

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	GOMEZ BALLESTEROS				
NOMBRES	LAURA VICTORIA				
CÉDULA	1.098.805.495				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE PROSPECCIÓN, RECUPERACIÓN E IDENTIFICACIÓN	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	53	VALOR TOTAL	$	11.430.000,00		CDP	5020	RP	33620	
VIGENCIA	2.020	DESDE	20	FEB	2.020	HASTA	17	AGO	2.020	
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN									

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE				HASTA				
VALOR ADICIÓN			REDUCCIÓN			VALOR				
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE		FECHA				VALOR CESIÓN		
		CESIONARIO		DESDE						
¿SUSPENSIÓN?				DESDE				HASTA		
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?				FECHA						

4. INFORMACIÓN PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	6	MES	JULIO
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	30	APORTE PENSIÓN	16%

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 1.905.000,00	NUMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 1.905.000,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 140.400	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 109.700	NOMBRE F. PENSION	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	UNO (I)	NOMBRE EPS	SURA
APORTES ARL (**)	$ 4.000	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		
		MÉTODO DE COTIZACIÓN	VENCIDO

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	32270802205

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 Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago; De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del articulo 3.2.7.6 PLAZOS; manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar

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 Anexo INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago dando cumplimiento a las actividades, según el objeto del contractual.

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.

Laura Victoria Gómez B.

FIRMA: LAURA VICTORIA GOMEZ BALLESTEROS

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

N° DE SUPERVISORES	NOMBRE	JAIRO HERNANDO VIVAS DIAZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TECNICO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE PROSPECCIÓN, RECUPERACIÓN E IDENTIFICACIÓN
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

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

Firma, fecha y hora del radicado:

FIRMA: JAIRO HERNANDO VIVAS DIAZ

FIRMA:

UBPD UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS	DECLARACIÓN JURAMENTADA			
	Código:	GFI-FT-007	**Versión:**	001

1. Informacion del Contratista

Identificado (a):	NIT: ☐	CC: ☑	CE: ☐	NP: ☐	NIP: ☐			Número:	**1.098.805.495**	D.V.	**5**

Nombres y Apellidos: LAURA VICTORIA GOMEZ BALLESTEROS

Teléfono (s): No. de FAX

Celular No.: **3118345732** Celular No.:

Dirección: **CALLE 181 #17B-47**

Correo Electrónico (E-mail): lgomezba@ubpdbusquedadesaparecidos.co

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑ **y** Declarante de Renta ☐ No declarante de Renta ☑

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior.	Si :	☑	No :	☐
b.) Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a **4.073** UVT´s o $ 139.581.710,08	Si :	☐	No :	☑

2. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Articulo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Articulo 126-1 del ET y el Articulo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No.** 53 **de Fecha:** 18/02/2020 suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por personas Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el articulo 18 de la ley 1122 de 2007 y el articulo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia **detallada** de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado **pagada.**

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
SURA	43711687	Junio	2020	$109.800,00
COLPENSIONES		Junio	2020	$140.500,00
POSITIVA		Junio	2020	$4.600,00

a) Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotización, excede el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes:	Si :	☐	No :	☑
b) Que el ochenta porciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios por cuenta y riesgo del o los contratantes. Articulo 329 del E.T. adicionado por el Art 10 de la Ley 1607 de 2012.	Si :	☐	No :	☐

Nota: Diligencie el Ítem 2 si su respuesta es "**SI**". De acuerdo a lo establecido en el parágrafo 3 del Dto. 0099 de 2013.

3. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T. y Articulo 2 del Decreto 0099 de 2013.

c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	Si :	☐	No :	☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	Si :	☐	No :	☑
e) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	Si :	☐	No :	☑

4. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

Se firma a los 30 días del mes de JULIO del año 2020

Laura Victoria Gómez B.

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	1098805495	LAURA VICTORIA GOMEZ BALLESTEROS	calle 181 no 17b 47	3118345732	LAURAVICTORIAGOMEZB@HOTMAIL.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	
2020-06	2020-06	I	02/07/2020	43711687	$260.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	1

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	260.200	260.200

PAGADA 43711687

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	1098805495	LAURA VICTORIA GOMEZ BALLESTEROS	calle 181 no 17b 47	3118345732	LAURAVICTORIAGOMEZB@HOTMAIL.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-06	2020-06	I	02/07/2020	43711687	$260.200

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	Estudiante	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	1098805495	GOMEZ BALLESTEROS LAURA VICTORIA	59	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS010	877.803	109.800	14-23	877.803	1	4.600	CCF24	877.803	5.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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