

**CERTIFICACIÓN
DE SUPERVISIÓN**



Consecutivo		CDPS	273	4	Año: 2025																																				
Numero del contrato o acuerdo: 273 Modalidad de Contrato: CONTRATACIÓN DIRECTA Fecha de Inicio: 26/05/2025 Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS C.C. o NIT: 1.000.252.393 Oficina o Grupo: DELEGADA PARA LA OPERACIÓN																																									
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS TRÁMITES, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LAS OPERACIONES.																																								
Ha habido modificaciones al Contrato? SI ☐ NO ☒ En que consisten? _____ Fecha de ejecución del contrato: Del 26/05/2025 Al 25/09/2025 Pago a realizar: 4 De 5 Número de pagos recibidos: 3 Cuota a certificar 4																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">VALOR DEL CONTRATO</td> <td style="width:20%;">Valor inicial del contrato \$ 15.200.000</td> <td style="width:20%;">Valor de la adición del contrato</td> <td style="width:20%;">Valor Total del contrato \$ 15.200.000</td> <td style="width:20%;">Valor de las cuotas \$ 3.800.000</td> </tr> </table>						VALOR DEL CONTRATO	Valor inicial del contrato \$ 15.200.000	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato \$ 15.200.000	Valor de las cuotas \$ 3.800.000																															
VALOR DEL CONTRATO	Valor inicial del contrato \$ 15.200.000	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato \$ 15.200.000	Valor de las cuotas \$ 3.800.000																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:20%;">VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA</td> <td style="width:10%;">PAGO # 1</td> <td style="width:10%;">PAGO # 2</td> <td style="width:10%;">PAGO # 3</td> <td style="width:10%;">PAGO # 4</td> <td style="width:10%;">PAGO # 5</td> <td style="width:10%;">PAGO # 6</td> <td style="width:10%;">PAGO # 7</td> </tr> <tr> <td>\$ 633.400</td> <td>\$ 3.800.000</td> <td>\$ 3.800.000</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PAGO # 8</td> <td>PAGO # 9</td> <td>PAGO # 10</td> <td>PAGO # 11</td> <td>PAGO # 12</td> <td>PAGO # 13</td> <td>PAGO # 14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>						VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA	PAGO # 1	PAGO # 2	PAGO # 3	PAGO # 4	PAGO # 5	PAGO # 6	PAGO # 7	\$ 633.400	\$ 3.800.000	\$ 3.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		PAGO # 8	PAGO # 9	PAGO # 10	PAGO # 11	PAGO # 12	PAGO # 13	PAGO # 14		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					
VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA	PAGO # 1	PAGO # 2	PAGO # 3	PAGO # 4	PAGO # 5		PAGO # 6	PAGO # 7																																	
	\$ 633.400	\$ 3.800.000	\$ 3.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																																		
	PAGO # 8	PAGO # 9	PAGO # 10	PAGO # 11	PAGO # 12	PAGO # 13	PAGO # 14																																		
	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA</td> <td align="right">\$ 8.233.400</td> </tr> <tr> <td>VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :</td> <td> \$ 3.800.000 TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE </td> </tr> <tr> <td>SALDO ANTERIOR</td> <td>NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO</td> </tr> <tr> <td align="center">\$6.966.600</td> <td align="center">\$3.166.600</td> </tr> </table>						VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA	\$ 8.233.400	VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :	\$ 3.800.000 TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE	SALDO ANTERIOR	NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO	\$6.966.600	\$3.166.600																												
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA	\$ 8.233.400																																								
VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :	\$ 3.800.000 TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE																																								
SALDO ANTERIOR	NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO																																								
\$6.966.600	\$3.166.600																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="4">DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR</th> </tr> <tr> <th align="center" colspan="2">CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</th> <th align="center" colspan="2">REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO</th> </tr> <tr> <th>Número</th> <th>Valor</th> <th>Número</th> <th>Valor</th> </tr> <tr> <td>CDP Inicial</td> <td>25125</td> <td>CRP Inicial</td> <td>43025</td> </tr> <tr> <td>CDP Adición 1</td> <td></td> <td>CRP Adición 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CDP Adición 2</td> <td></td> <td>CRP Adición 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CDP V. Futura</td> <td></td> <td>CRP V. Futura</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$ 15.200.000</td> <td></td> <td>\$ 15.200.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>06/05/2025</td> <td></td> <td>20/05/2025</td> </tr> </table>						DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR				CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO		Número	Valor	Número	Valor	CDP Inicial	25125	CRP Inicial	43025	CDP Adición 1		CRP Adición 1		CDP Adición 2		CRP Adición 2		CDP V. Futura		CRP V. Futura			\$ 15.200.000		\$ 15.200.000		06/05/2025		20/05/2025
DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR																																									
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO																																							
Número	Valor	Número	Valor																																						
CDP Inicial	25125	CRP Inicial	43025																																						
CDP Adición 1		CRP Adición 1																																							
CDP Adición 2		CRP Adición 2																																							
CDP V. Futura		CRP V. Futura																																							
	\$ 15.200.000		\$ 15.200.000																																						
	06/05/2025		20/05/2025																																						
Tipo de cuenta bancaria: Cuenta de ahorros Cuenta bancaria N°: 24129687861 Nombre del Banco: Banco Caja Social BCSC S.A. Régimen: No responsable Actividad CIU N°: 8299																																									
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR: Marque con una X ☒ Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato. ☒ Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato. ☒ Que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, AFP y ARL. ☒ Que se recibió el informe y entrega de las evidencias, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestión Documental SECOP en su respectivo PDF																																									
Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="2">PARA PAGO PARCIAL</th> </tr> <tr> <td style="width:50%;"> Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar fact) ☒ 2. Certificado cumplimiento ☒ 3. Informe de actividades ☒ 4. Planilla seguridad social ☒ </td> <td style="width:50%;"> Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe de actividades ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐ </td> </tr> </table>						PARA PAGO PARCIAL		Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar fact) ☒ 2. Certificado cumplimiento ☒ 3. Informe de actividades ☒ 4. Planilla seguridad social ☒	Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe de actividades ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐																																
PARA PAGO PARCIAL																																									
Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar fact) ☒ 2. Certificado cumplimiento ☒ 3. Informe de actividades ☒ 4. Planilla seguridad social ☒	Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe de actividades ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="2">PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:</th> </tr> <tr> <td style="width:50%;"> Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) ☐ 2. Certificado cumplimiento ☐ 3. Informe de actividades ☐ 4. Planilla seguridad social ☐ 5. Acta de Entrega ☐ </td> <td style="width:50%;"> Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe final detallado ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐ 7. Evaluación desempeño ☐ </td> </tr> </table>						PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:		Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) ☐ 2. Certificado cumplimiento ☐ 3. Informe de actividades ☐ 4. Planilla seguridad social ☐ 5. Acta de Entrega ☐	Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe final detallado ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐ 7. Evaluación desempeño ☐																																
PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:																																									
Persona Natural 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) ☐ 2. Certificado cumplimiento ☐ 3. Informe de actividades ☐ 4. Planilla seguridad social ☐ 5. Acta de Entrega ☐	Persona Jurídica 1. Factura N° ☐ 2. Informe final detallado ☐ 3. Planilla seguridad social ☐ 4. Certificación aportes parafiscales ☐ 5. Entrada de almacén ☐ 6. Acta recibido a satisfacción ☐ 7. Evaluación desempeño ☐																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="2">SUPERVISOR DEL CONTRATO</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato. </td> </tr> <tr> <td style="width:50%;"> Nombre: ELKIN DE JESÚS BENAVIDES GONZALEZ Firma aprobación: </td> <td style="width:50%;"> RADICACIONES Recursos Financieros Fecha: _____ Firma: _____ </td> </tr> </table>						SUPERVISOR DEL CONTRATO		Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.		Nombre: ELKIN DE JESÚS BENAVIDES GONZALEZ Firma aprobación:	RADICACIONES Recursos Financieros Fecha: _____ Firma: _____																														
SUPERVISOR DEL CONTRATO																																									
Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.																																									
Nombre: ELKIN DE JESÚS BENAVIDES GONZALEZ Firma aprobación:	RADICACIONES Recursos Financieros Fecha: _____ Firma: _____																																								

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL
CONTRATISTA



Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decrero 1070 de 2013)

Fecha:

31/08/2025

DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

Datos Generales

Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS
Numero de identificacion: 1000252393
Régimen al que pertenece: No responsable

Declaración de ingresos:

Los servicios técnicos o profesionales que presto, requieren del uso de materiales o equipo especializado
SI ☐ NO ☒
Los servicios tecnicos o profesionales son prestados de forma personal
SI ☒ NO ☐
Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
SI ☒ NO ☐

Aportes obligatorios al sistema de seguridad social

Nº Planilla de pago: 88903199 Mes que aporta: JULIO
Operator PILA: COMPENSAR Valor aporte a EPS: \$ 335.000
Valor aporte a ARL: \$ 28.000 Valor aporte a AFP: \$ 428.800
VALOR TOTAL: \$ 791.800

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigacion
SI ☒ NO ☐

Soy pensionado
SI ☐ NO ☒ De: _____

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta
SI ☐ NO ☒

Realizo aporte a una cuenta AFC
SI ☐ NO ☒ \$ 0

Tiene dependientes económicos
SI ☐ NO ☒

Durante el presente mes de esta certificación obtuve gastos de desplazamiento
SI ☐ NO ☒ \$ 0

Nombre del contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS

Firma:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
A LA FACTURA



DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA		N° CONSECUTIVO	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS	273	4
DIRECCION:	CALLE 24 A SUR # 0-66 ESTE		
TELEFONO:	3225099003		
CIUDAD:	Bogotá D-C-		
NIT/CC:	1000252393	(000): N° Contrato	(XX): Consecutivo factura

CONCEPTO

No. CONTRATO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO	\$ 3.800.000
273	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS TRÁMITES, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LAS OPERACIONES.	

TIPO DE CUENTA:	Cuenta de ahorros
CUENTA BANCARIA N°:	24129687861
BANCO:	Banco Caja Social BCSC S.A.

VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE
-----------------	-------------------------------------

REGIMEN:	No responsable
ACTIVIDAD CIIU No.	8299
DE LA CIUDAD DE :	Bogotá D-C-

Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS
Firma:

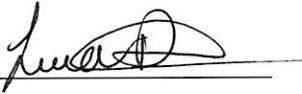
INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES



Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS	N° de contrato:	273
Oficina o Grupo:	DELEGATURA PARA LA OPERACIÓN		
N° Informe:	4	de	5

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS
1 Brindar orientación a los usuarios sobre los trámites, procedimientos y requisitos que adelante la entidad, de manera clara, respetuosa y oportuna.	De acuerdo a la obligacion relacionada, y durante el tiempo del presente informe se ha brindado informacion sobre el estado de tramites radicados antes la superintendencia, correspondientes al grupo de esquemas de atuproteccion. https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOnwhlpNh7Y6sbCxYBREhOKeWuUL5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
2 Atender y canalizar adecuadamente las consultas recibidas por los diferentes canales de atención dispuestos por la entidad.	Durante el periodo comprendido y de acuerdo a los tramites recibidos de los diferentes canales de radicacion se verifico la pertinencia de los tramites y asi mismo se asignaron a los profesionales con el apoyo de la contratista karen Yuliana Buitrago, de acuerdo a la coordinacion de grupo de esquemas de autoproteccion los sigueintes radicados: 2024000907CE 2024001325CE 2024001749CE 2024002484CE 2024002907CE 2024003053CE 2024004508CE 2024005313CE 2024005747CE 2024017973CE 2024018149 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE 2024007420CE 2024007552CE 2024007684CE 2024007916CE 2024008265CE 2024008708CE 2024007002CE 2024018486 2024009278CE 2024009458CE 2024009460CE 2024009793CE 2024009843CE 2024009889CE 2024010390CE 2024010469CE 2024009459CE 2024018650 2024004984CE 2024001560CE 2024002429CE 2024002776CE 2024005952CE 2024006800CE 2024007582CE 2024008124CE 2024009703CE 2024010161CE 2024010164CE 2024008645CE 2024009241CE 2024010741CE 2024008246CE 2024010743CE 2025005744CE 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE 2024007420CE 2024007552CE 2024007684CE 2024007916CE 2024008265CE 2024008708CE 2024007002CE 2024018486 2024005814 2024008708CE 2024007002CE 2024018486 2024005814 2024006047 2024006112 2024006115 2024006739 2024011186 2024011273 2024011529 2024013510 2024014860 2024014899 202401490211 https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOnwhlpNh7Y6sbCxYBREhOKeWuUL5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
3 Apoyar en la revisión y análisis de documentos presentados por los usuarios, verificando su pertinencia y cumplimiento de requisitos legales.	A la fecha de presentacion del presente informe, realice la proyeccion y analisis de los tramites de blindaje, traspaso, correccion de errores e inclusion y exclusion de usuarios de los siguientes radicados: 2024004984CE 2024001560CE 2024002429CE 2024002776CE 2024005952CE 2024006800CE 2024007582CE 2024008124CE 2024009703CE 2024010161CE 2024010164CE 2024008645CE 2024009241CE 2024010741CE 2024008246CE 2024010743CE 2025005744CE 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE 2024007420CE 2024007552CE 2024007684CE 2024007916CE 2024008265CE 2024008708CE 2024007002CE 2024018486 2024005814 2024005869 2024006047 2024006112 2024006114 2024006115 2024006739 2024011186 2024011273 2024011529 2024013510 2024014860 2024014899 2024014902 https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOnwhlpNh7Y6sbCxYBREhOKeWuUL5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
4 Brindar apoyo con el manejo del archivo de la entidad especialmente con la documentación de la delegada de operaciones de la superintendencia de vigilancia.	Durante el periodo correspondiente, realice apoyo en la organizacion, clasificacion y la rotulacion de cajas con el acompañamiento de la contratista Karen Yuliana Buitrago la documentacion que su custodia esta bajo la coordinacion de grupo de esquemas de autoproteccion. https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:x/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/EZcCPbCaCBNEa-uvD75cFh8RRIi7YcATKhwa-KF6McFFD-u2e-qdiftb

INFORME DETALLADO
DE ACTIVIDADES

5	Realizar seguimiento a los requerimientos de los usuarios, informando avances o resultados conforme a los lineamientos institucionales.	A la fecha de presentacion del presente informe, realicé la proyeccion y analisis de los tramites de blindaje, traspaso, correccion de errores e inclusion y exclusion de usuarios de los siguientes radicados: 2024004984CE 2024001560CE 2024002429CE 2024002776CE 2024005952CE 2024006800CE 2024007582CE 2024008124CE 2024009703CE 2024010161CE 2024010164CE 2024008645CE 2024009241CE 2024010741CE 2024008246CE 2024010743CE 2025005744CE 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE 2024007420CE 2024007552CE 2024007684CE 2024007916CE
6	Apoyar en la Redacción de conceptos, respuestas y comunicaciones necesarias para la atención adecuada de los usuarios, cuando así se le solicite.	A la fecha de presentacion del presente informe, realicé la proyeccion y analisis de los tramites de blindaje, traspaso, correccion de errores e inclusion y exclusion de usuarios de los siguientes radicados: 2024004984CE 2024001560CE 2024002429CE 2024002776CE 2024005952CE 2024006800CE 2024007582CE 2024008124CE 2024009703CE 2024010161CE 2024010164CE 2024008645CE 2024009241CE 2024010741CE 2024008246CE 2024010743CE 2025005744CE 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE 2024007420CE 2024007552CE 2024007684CE 2024007916CE
7	Apoyar en la elaboración o revisión de actos administrativos, en los casos que estén relacionados con la atención al ciudadano o con los procesos internos asignados.	A la fecha de presentacion del presente informe, realicé la proyeccion y analisis de los tramites de blindaje, traspaso, correccion de errores e inclusion y exclusion de usuarios de los siguientes radicados: 2024004984CE 2024001560CE 2024002429CE 2024002776CE 2024005952CE 2024006800CE 2024007582CE 2024008124CE 2024009703CE 2024010161CE 2024010164CE 2024008645CE 2024009241CE 2024010741CE 2024008246CE 2024010743CE 2025005744CE 2024006269CE 2024006501CE 2024006999CE
8	Apoyar en el desarrollo de procesos internos, conforme a las funciones asignadas y necesidades institucionales.	Durante el periodo comprendido entre, se tramitaron y avanzaron para revisión, las resoluciones y los trámites correspondientes a los trámites de blindajes, traspasos, inclusion y exclusion de usuarios y correccion de errores asignados y relacionados en las obligaciones anteriores. https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOpwhlpNh7Y6sbCyYBRFhOKeWuUl5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
9	Participar en reuniones, comités o espacios de articulación convocados por la entidad, cuando se requiera su intervención o asistencia.	Durante el periodo comprendido se asistio a las reuniones citadas por la Dra. Alejandra Margarita Sandoval, coordinadora de grupo de esquemas de autoproteccion, para el seguimiento de los avances, la cual se lleva acabo todos los martes del mes, y se asistio a dos reuniones con el delegado para la operacion el Dr. Elkin de Jesús Benavides Gonzalez.
10	Velar por el cumplimiento de las normas de protección de datos personales en la atención al usuario y manejo de información confidencial	Durante el periodo comprendido, se ha cumplido con la reserva de la información que por razón u ocasión a los tramites recibidos y consultados y que la suscrita se ha tenido acceso, cumpliendo cabalmente con la presente obligación contractual. https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOpwhlpNh7Y6sbCyYBRFhOKeWuUl5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
11	Cumplir con los tiempos de respuesta y calidad exigidos por la entidad, en el manejo del archivo de los documentos de la entidad y con las actividades asignadas dentro del marco del contrato.	Durante el periodo comprendido, se ha dado cumplimiento a cabalidad con los tiempos de respuesta y en el manejo de archivo de la entidad y de los tramites asignados.
12	Presentar informes periódicos de gestión, que den cuenta de las actividades desarrolladas, dificultades identificadas y resultados obtenidas.	Se ha gestionado y dado respuesta a los requerimientos realizados por la coordinadora del grupo de esquemas de autoprotección y se ayudo con la realizacion del informe solicitado por el delegado para la operación sobre los PQRS que han ingresado en la vigencia 2024 y 2025 al grupo. https://supervigilanciagovco-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lfdiaz_supervigilancia_gov_co/Egl6Z7UOpwhlpNh7Y6sbCyYBRFhOKeWuUl5OCXSCuP5htw?e=rB2q4R
13	Convocar y asistir a las reuniones requeridas durante la ejecución del presente contrato.	Durante el periodo comprendido, se asistio a las reuniones convocadas con el supervisor del contrato, dando cabalidad cumplimiento a la presente obligación contractual.
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:		
Como contratista me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato. Que previamente se realizo la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces.		Como supervisor de este contrato me permito certificar que: -Durante el presente periodo el contratista dio cumplimiento al objeto del contrato, previa verificación de las actividades ejecutadas. -La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.
Firma Contratista: 		Firma Supervisor: 

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	335.000		0		0	0		0	0	0	0	335.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90033604-7	428.800	0	0	0	0	0	0		428.800	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			Mora								
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	28.000				28.000	0	0	28.000			280	28.000	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, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	335,000	335,000
Pensión	1	428,800	428,800
Riesgos Laborales	1	28,000	28,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEVA	0	0	0
TOTALES	3	791,800	791,800



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000252393	LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS	CL 34 A SUR O 66 ESTE	3225099003	luisafernandadiazvargas3@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPL/EAOS
					UPC
					0
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$791.800

DETALLE POR COTIZANTE																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN									
Apellidos y Nombres										Cotización										Cotización									
No. Tipo	No. de Identificación									IBIC AFP	Cód. AFP	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo preafiliado de solidaridad	Fondo preafiliado de subsidencia	Cód. EPS	IBIC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBIC ARL	Clase de Riesgo	Cotización CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000252393	DIAZ VARGAS LUISA FERNANDA								25-14	2.650.000	428.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

BASE DE REPARTO -2025 - ACTUALIZADA (1) (1)										Search for tools, help, and more (Alt + Q)									
File Home Insert Share Page Layout Formulas Data Review View Automate Help Draw																			
Undo Paste Cut Copy Format Painter Clipboard																			
Font										Number									
Alignment																			
Styles																			
Cells																			
Add-ins																			