CONTRATO No. 20252091

INFORME No. 5

PERIODO COMPRENDIDO: ENERO 01 AL 02 ENERO DE 2026

NOMBRE DEL CONTRATISTA. MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA

SUPERVISOR DEL CONTRATO: CARLOS ALBERTO AVILA VELANDIA-GERENTE ADMINISTRATIVO (E)

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Apoyar el proceso de elaboración, actualización, implementación y divulgación de las TRD del IDIPRON.	**1.1** Para este periodo no se desarrolla esta Actividad.	• **Anexo 1.1** N/A
2	Aplicar los Instrumentos Archivísticos contemplados en el Decreto 1080 de 2015 en el Artículo 2.8.2.5.8 4. Implementación y aplicación de la Tabla de Retención Documental -TRD y Cuadro de Clasificación Documental-CCD fase de aplicación, convalidación y adopción 2014-2016 Y 2016 a la fecha.	**2.1** Para este periodo no se desarrolla esta Actividad.	• **Anexo 2.1** N/A
3	Realizar valoración, inspección, asesoría y asistencia técnica a las unidades de protección integral, áreas de derecho y unidades administrativas de IDIPRON en la realización de actividades encaminadas al manejo y administración documental de los archivos de Gestión.	3.1. Para este periodo no se desarrolla esta actividad.	• **Anexo 3.1** **N/A**
4	Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el que hacer productivo de los colaboradores del Área.	4.1 Para este periodo no se desarrolla esta actividad.	• **Anexo 4.1** **N/A**
5	Apoyar los procesos de transferencias documentales primarias acorde con las tablas de retención documental (TRD) y las tablas de valoración documental (TVD).	**5.** Para este periodo no se desarrolla esta actividad.	• **Anexo 5.1** **N/A**
6	Apoyar en la verificación de los documentos y soportes para el pago	6.1 No se realizan Actividades relacionadas con esta obligación.	• **Anexo 6.1**

	del personal contratista del proceso de Gestión Documental cumplan con los requisitos legales y reglamentarios		**N/A**
7	Brindar acompañamiento a los servidores del IDIPRON en los temas relacionados con conceptos, procesos, normatividad vigente e instrumentos archivísticos.	7.1 Para este periodo no se desarrolla esta Actividad.	• **Anexo 7.1** N/A
8	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor.	8.1. Se entrega información de las actividades realizadas durante el mes de diciembre 2025 para el reporte de cumplimiento de metas proyecto 7073 8.2 Se entrega información enviando inventario documental de los expedientes intervenidos de septiembre a diciembre y de octubre a diciembre	• **Anexo 8.1** Evidencia Fotográfica • **Anexo 8.2** Documento en PDF

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	$ 178.000	DICIEMBRE
PENSIÓN	$ 227.800	DICIEMBRE
ARP	$ 14.900	DICIEMBRE

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 02 DE FEBRERO 2026

FIRMA	FIRMA
CARLOS ALBERTO AVILA VELANDIA **CC 79.798.808** **Gerente Administrativo Cód 039, grado 01 (E)**	**MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA** **CC 39.708.3434**

Nombre apoyo a la Supervisión: **DIANA MORELY BELTRÁN CORTES**
Cargo: **Profesional Universitario Código 219 grado 05 (E)**
Vo Bo Apoyo a la supervisión

Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.

*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.