Contrato / Convenio No**. 057-2026**	
Tipo de Contrato / Convenio: **Prestación de Servicios** ☒ **Compraventa** ☐ **Suministro** ☐ **Obra** ☐ **Otro** ☐ **Cuál?** _____	
Nombre del Contratista o Entidad: **SARAY JOHANA ALVAREZ PEREZ**	Tipo de identificación: **Cedula de ciudadanía** No. de Identificación: **1001976237**
Objeto del Contrato: **Prestar servicios profesionales para la elaboración de instrumentos archivísticos orientados a la recuperación y el acceso a la información de los fondos documentales históricos custodiados por el Archivo General de la Nación (AGN). GOR2**	
Fecha de Suscripción: **13/01/2026**	Fecha de inicio del contrato: **15/01/2026**
Plazo inicial del contrato: **8 meses**	Fecha inicial de terminación: **14/09/2026**
Valor inicial del contrato: 32.000.000,00	
Prorrogas:	Fecha final de terminación: **14/09/2026**
Plazo final del contrato: **14/09/2026**	
Adiciones: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	Valor final del contrato: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Planilla: **56002682**	Mes vencido [X] Mes anticipado ☐
Código Actividad Económica RIT (registro de identificación tributaria) _____8299_____	
Informe de Supervisión No. 02	Lugar de Prestación del Servicio: **Bogotá** ☒ **Funza** ☐ **Otros** ☐ **Cuál?** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Periodo de Reporte: **Febrero**	
Valor a Pagar **4.000.000**	Fuente de Financiación: Nación ☒ Propios ☐
Cuenta Bancaria No **0550057300320363** Banco **Davivienda**	Corriente ☐ Ahorros ☒
Nombre del Supervisor: **Jessica Mayerly Molina Buitrago**	Cargo: **Coordinadora** Grupo: **Organización y Reprografía**

La/el suscrita/o Saray Johana Alvarez Perez, en calidad de contratista describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del contrato así:

1. **Presentar un plan de trabajo acompañado del cronograma de actividades a realizar, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, para aprobación por parte del supervisor.**

EVIDENCIA**:** **PLAN DE TRABAJO 2026 DE ENERO A SEPTIEMBRE Saray.docx**

2. **Realizar el análisis del contenido de las unidades de conservación asignadas por el supervisor y verificar unidades documentales, fechas extremas, tipologías documentales, cantidad de folios y el estado de conservación.**

Evidencia: Durante el mes de febrero se realizó el análisis de los contenidos de dos tomos correspondiente al fondo secretaria de Guerra y Marina, de la sección Republica, relacionadas en el enlace. Febrero

- Realice control de calidad a las siguientes cajas y carpetas del fondo Supervigilancia.

Cajas	Carpetas
4	4
6	2 y 6
7	1, 2 y 4
8	6
10	2, 9 y 11
12	5
15	13

3. **Identificar y compilar la información que será incluida en las áreas del formato ISAD(G), de acuerdo con las indicaciones de diligenciamiento establecidas y las unidades documentales identificadas.**

Evidencia: En el enlace anexado se encuentra los formatos correspondientes a los tomos 768 y 769 del fondo Secretaria de Guerra y Marina, las descripciones realizadas de la caja número 2, carpeta 5, 6 y 11 de la Supervigilancia. Con la siguiente relación de registros por carpeta:
Caja 2, carpeta 5: 5 registros
Caja 2, carpeta 6: 14 registros
Caja 2, carpeta 11: 11 registros
Caja 3, carpeta 1: 11 Registros
Para un total de **41** registros de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.
CPD-FO-20 FORMATO ISAD(G) SARAY.xlsx
Febrero

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:
(Decreto 2271 junio 18 de 2009 y Art. 126-1 del E.T.)

1. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema Integral de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del

pago sujeto a retención, número: 057- 2026 suscrito con el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado.

2. El pago correspondiente a los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social se efectuó así:

Nombre EPS, AFP y ARL	Periodo de pago	Valor aporte para deducir de la base de retención en la fuente*
(SURA)	**Enero**	$218.900
(COLPENSIONES)	**Enero**	$280.200
(SURA)	**Enero**	$ 9.200

*Su consideración como ingreso no constitutivo de renta aplica únicamente en el caso de pagar la planilla de manera anticipada (Dirección de impuestos y Aduanas Nacionales, Oficio 0013, Concepto 0454 del 10 de enero de 2020)

Se adjunta dos (2) folios legibles de la planilla de pago de aportes a la seguridad social.

RELACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

No. PLANILLA	MES PLANILLA	IBC (base de cotización)	VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE SALUD (sin intereses)	VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE PENSIÓN (sin intereses)
56002682	**Enero**	1.750.905	218.900	280.200

NOTA: Se deberá adjuntar los documentos: registro código actividad económica (RIT), registro único tributario (RUT), que soportan su actividad económica. Si en el RUT aparece que está obligado a facturar electrónicamente, se debe adjuntar la factura.



SARAY J. ALVAREZ PEREZ
CC.1001976237

La suscrita Jessica Mayerly Molina Buitrago en calidad de supervisor del contrato No. 057 de 2026 celebrado entre el Archivo General de la Nación y Saray Johana Álvarez Pérez y que tiene como objeto **Prestar servicios profesionales para la elaboración de instrumentos archivísticos orientados a la recuperación y el acceso a la información de los fondos documentales históricos custodiados por el Archivo General de la Nación (AGN). GOR2** ; certifico el cumplimiento a satisfacción de las actividades realizadas en el periodo **febrero**, y realizo las siguientes observaciones conforme a lo estipulado por la Ley 1474 de 2011 en su Capítulo VII, Artículos 83 y 84:

El contratista presentó los productos de las actividades descritas en el informe en cumplimiento de las obligaciones adquiridas. Los productos reposarán en la serie documental 430.31.20_Planes_Organizacion_Fondos_Documentales.

Igualmente, certifico que el contratista dio cumplimiento durante el período ejecutado, al pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales, y/o aportes parafiscales de conformidad con las normas legales vigentes, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018.

(UNICAMENTE para el informe final diligenciar lo siguiente)

Igualmente, certifico que el contratista durante la ejecución del contrato canceló por concepto de Salud $_____, pensión $_____ y riesgos Laborales $_____, de conformidad con las normas legales vigentes, según consta en las planillas de pago que reposan en el expediente del contrato.

El pago de los aportes correspondientes al mes de enero son responsabilidad del contratista.

Fecha de expedición del informe:28/02/2026



JESSICA MAYERLY MOLINA BUITRAGO.
Coordinador
Proyectó: Saray J. Alvarez Perez– Contratista -GOR
Reviso: Jessica Molina Buitrago – Coordinador –GOR
Anexos: Anexo de Informe, planilla, Rit, Rut.
Archivado: 120.12.09

Señores
ARCHIVO GENERAL DE LA NACION JORGE PALACIOS PRECIADO
Ciudad

Yo, Saray Johana Álvarez Pérez identificado con C.C. No. 1001976237 de Cartagena, en mi calidad de Contratista del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, en ejecución del contrato No. 057 de 2026, bajo la gravedad de juramento me permito suministrar la siguiente información para efectos de la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente, de acuerdo al procedimiento establecido en los artículos 17 y 18 de la ley 1819 de diciembre 29 de 2016:

1. Las deducciones a que tengo derecho y los valores pagados sin incluir intereses de mora al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., del mes de **enero,** realizado sobre una base mínima del 40% del valor que estoy cobrando, son:

Planilla de Pago No.	**56002682**
Aporte Obligatorio a Salud (Art.56 E.T)	218.900
Aporte Obligatorio a Fondo de Pensiones (Art. 55 E.T.)	9.200
Aporte Obligatorio a Riesgos Laborales (Ley 1562/2012)	280.200
Aporte Voluntario a Fondos de Pensiones (Art. 126-1 ET)	
Fondo de Solidaridad Pensional	
Aportes con destino a cuentas AFC (ART. 126-4 ET)	
Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud	
Por dependientes (Art. 387 ET)	
Intereses por préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)	

Adjunto soportes del pago y deducciones solicitadas.

2. Tengo dos o más trabajadores o contratistas, asociados a la actividad del contrato vinculados por al menos 90 días continuos o discontinuos:
   Si ☐ No ☒

3. Solicito se practique un valor de retención superior al calculado:
   Si ☐ No ☒
   Porcentaje adicional para descontar _____

En constancia de lo anterior, se suscribe en Bogotá a los 24 días del mes febrero



NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
Identificación No.1001976237

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	1001976237	SARAY JOHANA ALVAREZ PEREZ	Suba calle 130f #103a - 46	6514862	SARAYALVAPER@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	56002682	$512.700	

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	218.900	0		0		0	13	1.900	0	220.800	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	280.200	0	0	0	0	13	2.400	0	282.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	13	100	9.300			92	9.300	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	218.900	220.800
Pensión	1	280.200	282.600
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	512.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001976237	SARAY JOHANA ALVAREZ PEREZ		Suba calle 130f #103a - 46	6514862	SARAYALVAPER@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	
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	56002682	$512.700	

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	1001976237	ALVAREZ PEREZ SARAY JOHANA	59	0			N																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982973362

(415)7707212489984(8020) 000001498297336 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 9 7 6 2 3 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 1 9 7 6 2 3 7	2 0 1 9 0 6 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAREZ	PEREZ	SARAY	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 130 F 103 A 46

42. Correo electrónico: salvarezp2@unicartagena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 6 0 6 9 1 9 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 8 1	2 0 1 9 0 6 1 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 19 / 12 : 22: 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALVAREZ PEREZ SARAY JOHANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
HACIENDA
Secretaria de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:19/02/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 1001976237	SARAY JOHANA ALVAREZ PEREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 130F 103A 46 Teléfonos: 3126069190

Dirección electrónica: salvarezp2@unicartagena. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 19/02/2024 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/02/2024

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/01/2024 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

Powered by CamScanner