

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL</b><br><b>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES</b><br><b>PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> | <b>INFORME SUPERVISIÓN</b>                              | Página: 1 de 3                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Código: MDN-COGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-33 V.12 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | SGI                                                     | Vigente a partir de: 04-08-2022                  |



Nº Radicado 0123003906702/ MDN-COGFM-JEMCO-SEMAI-DCCAE-27-25

Bogotá D.C., 11 de abril de 2023

No. 002

Señora Teniente Coronel  
**MARITZA MOLINA CARRILLO**  
 Director(a) Administrativo y Financiero  
 Comando General de las Fuerzas Militares  
 Bogotá D.C.

Asunto: Informe de Supervisión, Actividades y Gestión Contrato de Prestación de Servicios

De acuerdo con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios N° 031 del 2023, de manera atenta me permito relacionar a continuación el detalle de las actividades realizadas a la fecha por parte de ING. SONIA LUCY GONZALEZ CASTAÑEDA, quien presta sus servicios como Ingeniera de Sistemas en cumplimiento con las obligaciones específicas pactadas en el contrato, cuyo objeto es: Prestar servicios profesionales como ingeniera de sistemas para apoyar la gestión del conocimiento del Departamento en el Área de Tecnologías de la Información, así:

| No. | OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                               |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Apoyar la gestión en el manejo de los módulos del aplicativo SIAEM, con el fin de darle continuidad a estos desarrollos y mantenimiento en un futuro.                                                              | Se realizó el apoyo a la gestión, atendiendo los requerimientos de las seccionales y el departamento; verificando cada módulo en el Siaem 2.0, en pruebas y producción. |
| 2   | Brindar soporte técnico de la base de datos, aplicativo SIAEM y hardware necesario para el funcionamiento de la aplicación para el DCCAE y las 36 seccionales a nivel Nacional.                                    | Se brindó soporte técnico de acuerdo a las solicitudes realizadas por las seccionales en cuanto a la base de datos.                                                     |
| 3   | Difundir el manejo de la información de acuerdo con los requerimientos planteados.                                                                                                                                 | Se brinda la información del manejo del aplicativo SIAEM a los funcionarios, y se realiza el registro.                                                                  |
| 4   | Elaborar las estadísticas que sean requeridas, de acuerdo a instrucciones del oficial del Área de tecnología de la información DCCAE.                                                                              | Se apoya en la elaboración de estadísticas solicitadas por al DCCAE                                                                                                     |
| 5   | Asesorar, gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo a los módulos de armas, explosivos y sustancias químicas, con el fin de encausar el estricto funcionamiento de dichos módulos a través del aplicativo | Se hace reuniones con la empresa desarrolladora del nuevo sistema, acerca de cada módulo y tramite del área correspondiente.                                            |



|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <b>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL</b><br><b>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES</b><br><b>PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> | <b>INFORME SUPERVISIÓN</b>                              | <b>Página: 2 de 3</b>                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>Código: MDN-COGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-33 V.12</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SGI</b>                                              | <b>Vigente a partir de: 04-08-2022</b>                  |

|          |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | <b>SIAEM.</b>                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |
| <b>6</b> | Buscar la eficiencia en el flujo de información entre las secciones del Departamento, capacitar y asesorar en el funcionamiento de los módulos a los usuarios funcionales | Se brinda asesoría en el flujo de los procesos de acuerdo a los perfiles y responsabilidades de los funcionarios dentro del sistema.                            |
| <b>7</b> | Apoyar la implementación del nuevo sistema SIAEM, brindar los concepto técnicos necesarios y apoyar a la capacitación para su desarrollo                                  | Se realizan reuniones, acompañamiento y orientación en el desarrollo del nuevo sistema, en cada uno de los procesos de los tramites con los que cuenta el DCCAE |

Se verificaron los soportes y actividades realizadas por el Contratista y se constató que son acordes con las obligaciones contractuales específicas pactadas en el Contrato, por lo tanto, se recibe a satisfacción la prestación del servicio brindado a la fecha.

#### **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SOCIAL Y PARAFISCALES**

Por el presente se deja constancia que se verificó y certifico que el Contratista cumple con las obligaciones relativas al Sistema de Seguridad Social Integral y se anexa para tal fin, las certificaciones, planillas y comprobantes de pago. Lo anterior, dando estricto cumplimiento a lo consagrado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificada por el Parágrafo 2 del Artículo 1 de la Ley 828 de 2003, en concordancia con el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, Sección 2 AFILIACIÓN, COBERTURA Y EL PAGO DE APORTES A LAS PERSONAS VINCULADAS A TRAVES DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS del Decreto 1072 de 2015, Decreto 2353 de 2015 y demás normas que las complementen, aclaren, modifiquen o deroguen y se encuentren vigentes durante la ejecución del presente contrato.

Atentamente,

  
**Ing. SONIA LUCY GONZALEZ CASTAÑEDA**  
 Contratista

  
**Capitán JORGE ANDRES CARDONA**  
 Supervisor del Contrato

**Anexo:** Planilla y comprobante de pago a EPS, PENSION Y/O FOSYGA, ARL, correspondiente al mes que se presenta el informe de supervisión.

**Nota:** El Supervisor del Contrato debe verificar todos los documentos soportes que evidencien el seguimiento efectuado por el supervisor a las actividades desarrolladas por el Contratista y que garanticen la adecuada ejecución del contrato, tales como: Actas, informes, evidencia fotográfica, cronogramas, entre otros.

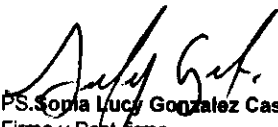
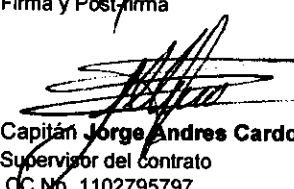


|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <b>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL</b><br><b>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES</b><br><b>PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> | <b>INFORME SUPERVISIÓN</b>                              | <b>Página: 3 de 3</b>                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>Código: MDN-COGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-33 V.12</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>SGI</b>                                              | <b>Vigente a partir de: 04-08-2022</b>                  |

*Espacio para ser diligenciado en la Dirección Administrativa y Financiera*

| <b>CONTROL DE APROBACIONES Y DE TIEMPOS PARA PUBLICAR</b> |                                                                    |                                                            |                                           |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATOS</b>                                          | <b>FECHA DE RECEPCIÓN DEL INFORME</b>                              | <b>FECHA DE APROBACIÓN Y CARGUE DEL INFORME.</b>           | <b>NOMBRE DE FUNCIONARIO REVISOR</b>      | <b>FIRMA DEL FUNCIONARIO AVALANDO INFORME</b>                                       |
|                                                           | 14 ABR/23                                                          | 14 ABR/23                                                  | PS. LOURDES FONSECA<br>14 ABR/23 10:57 AM |  |
| <b>CONTABILIDAD</b>                                       | <b>FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE PAGO PARA LA OBLIGACIÓN</b> | <b>FECHA DE APROBACIÓN DE DOCUMENTOS DE PAGO Y FACTURA</b> | <b>NOMBRE DE FUNCIONARIO</b>              | <b>FIRMA DEL FUNCIONARIO</b>                                                        |
|                                                           |                                                                    |                                                            |                                           |                                                                                     |
| <b>TESORERÍA</b>                                          | <b>FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA ORDEN DE PAGO</b>      | <b>FECHA REAL DE PAGO, Y CARGUE DE SOPORTES DE PAGO</b>    | <b>NOMBRE DE FUNCIONARIO</b>              | <b>FIRMA DEL FUNCIONARIO</b>                                                        |
|                                                           |                                                                    |                                                            |                                           |                                                                                     |



| SOLICITUD PARA TRÁMITE DE PAGO PARA PERSONAS OBLIGADAS A FACTURAR ELECTRONICAMENTE                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                            |          |             |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--------------|
| Fecha de solicitud:                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11-abr-23                                                                                                                                                                  |          |             |              |
| No de solicitud:                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2                                                                                                                                                                          |          |             |              |
| Dirigido a:                                                                                                                                                                                                                                                                              | Comando General de las FF.MM - Dirección Administrativa y Financiera                                                                                                       |          |             |              |
| Nit:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 800.230.729-9                                                                                                                                                              |          |             |              |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                               | Avenida el Dorado - Carrera 54 No. 26 - 25 - CAN                                                                                                                           |          |             |              |
| Telefono:                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3150111 ext 21245                                                                                                                                                          |          |             |              |
| PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |          |             |              |
| Contrato Número:                                                                                                                                                                                                                                                                         | 031 - 2023                                                                                                                                                                 |          |             |              |
| Apellidos y Nombre o Razon Social:                                                                                                                                                                                                                                                       | Sonia Lucy Gonzalez Castañeda                                                                                                                                              |          |             |              |
| Numero de Identificación (NIT-CC-CE):                                                                                                                                                                                                                                                    | 65.822.867                                                                                                                                                                 |          |             |              |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                               | Calle 80 N 73a -21                                                                                                                                                         |          |             |              |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3.107.625.040                                                                                                                                                              |          |             |              |
| Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                      | solugo@hotmail.com                                                                                                                                                         |          |             |              |
| Descripción del Bien o Servicio Prestado                                                                                                                                                                                                                                                 | Tipo de adquisición (Bien o Servicio)                                                                                                                                      | Cantidad | No. De pago | Valor        |
| EL CONTRATISTA se obliga para con el MINISTERIO DE DEFENSA-COMANDO GENERAL-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, a prestar sus servicios profesionales como ingeniera de sistemas, para apoyar la gestión del conocimiento del departamento en el área de tecnologías de la información | Prestación de Servicios                                                                                                                                                    | 1        | 2           | \$ 4.400.000 |
| VALOR A PAGAR EN LETRAS: Cuatro millones cuatrocientos mil pesos m/c                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                            |          |             |              |
| Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br><b>PS. Sonia Lucy Gonzalez Castañeda</b><br>Firma y Post-firma                      |          |             |              |
| Vo - Bo:                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <br><b>Capitán Jorge Andres Cardona</b><br>Supervisor del contrato<br>CC No. 1102795797 |          |             |              |



Bogotá DC, 11 de abril de 2023

### CERTIFICACION DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo, Sonia Lucy Gonzalez Castañeda con CC No 65822867 certifico que he cumplido con lo estipulado en la Ley 1955 de 2019 artículo 244 y la Ley 1562 de 2012 artículo 13, por cuanto efectué los aportes correspondientes al Sistema General obligatorio de Seguridad Social y Riesgos Laborales, conforme con las disposiciones legales, según número de planilla que relaciono a continuación:

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Contrato No.                      | 031               |
| Valor mensual recibido            | \$4.400.000.00    |
| Base de cotización                | \$1.160.000       |
| Planilla de Pago No.              | <b>7874868150</b> |
| Fecha de Pago                     | 17 - 03 - 2023    |
| Periodo Cotizado                  | Marzo             |
| Aporte Salud o Fosyfa             | \$ 225.000        |
| Aporte Pensión                    | \$ 288.600        |
| Aporte Riesgos Profesionales      | \$ 9.400          |
| Aporte Caja de compensación CAFAM | \$ 10.800         |
| Total Pago Seguridad Social       | \$ 533.200        |

Cordialmente,

  
Sonia Lucy Gonzalez Castañeda  
CC No. 65822867 de Melgar - Tolima



| DATOS PERSONALES DEL APORTANTE                                            |                               |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 65822867             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | SONIA LUCY GONZALEZ CASTANEDA |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MELGAR DEPARTAMENTO:          | TOLIMA                                         |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 33 N 2 16 CASA 06     | TELÉFONO: 5267168                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | SUCURSAL                      | SUCURSAL / DEPENDENCIA: 04 - CGFM              |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | NO                                             |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7874868150 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2023  | SALUD: AÑO: 2023                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2023/03/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1975240334    |

| RESUMEN GENERAL              |        |                                         |            |              |
|------------------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                              |        |                                         | TOTALES    |              |
|                              |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 800229739                    | 230201 | 230201- PROTECCION                      | 1          | \$ 288.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 1          | \$ 288.000   |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 830003564                    | EPS017 | EPS017-FAMISANAR                        | 1          | \$ 225.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 1          | \$ 225.000   |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860013570                    | CCF21  | CCF21-CAFAM                             | 1          | \$ 10.800    |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 1          | \$ 10.800    |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153                    | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 9.400     |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 1          | \$ 9.400     |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 533.200</b> |
|----------------------|-------------------|

