



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS

PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

Código: 760.10.15-35

Versión: 06

Fecha: 31/01/2019

Página 1 de 4

INFORME DE ACTIVIDADES No. 01 DE 06

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 28/01/2019 AL 31/01/2019

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. Contrato o convenio:	351 de 2019
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales en la Subdirección de Valoración y Registro de La Unidad, para proyectar actos administrativos que deciden sobre la inscripción en el Registro Único de Víctimas- RUV- y apoyar las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos del procedimiento de valoración.
Ciudad de ejecución:	Bogotá D.C.
Clase de Contrato o convenio:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN
No. de Registro Presupuestal:	46419
Fecha Inicio:	28 de enero de 2019
Fecha Terminación:	30 de junio de 2019
El contrato cuenta con prórroga:	Si ☐ No ☒ Fecha de terminación incluyendo prórroga
El contrato ha tenido suspensiones:	Si ☐ No ☒ Periodo de Suspensión Del dd/m/año al dd/m/año
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	2,60%
Nombre del contratista:	CESAR AUGUSTO VELASCO CASTILLO
CC / Nit:	1013617868
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	Dra. Gladys Celeide Prada Pardo
Cargo del Supervisor:	Subdirectora Técnica Encargada de Valoración y Registro

I. OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No II se presenta el informe correspondiente.

1) ACTIVIDAD 1. Analizar y dar respuesta diaria proyectando el correspondiente acto administrativo, a las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas —RUV- presentadas para hechos individuales, masivos y colectivos, aplicando los criterios de valoración y calidad establecidos por la UNIDAD, de acuerdo con la asignación y las necesidades que demande el proceso de la siguiente forma:

a. Para valoración individual. Cumplir con un mínimo diario de 10 actos administrativos proyectados y cargados en SIRAV; de acuerdo con la asignación realizada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Durante el mes de enero de 2019 se asignaron 40 declaraciones presentadas por las víctimas en el marco de la ley 1448 de 2011. De las 40 declaraciones analizadas y pre-valoradas corresponden 14 Inclusiones y 26 No Inclusiones. Para el respectivo análisis, se tuvo en cuenta los elementos jurídicos, técnicos y de contexto para tomar una decisión en cada caso.

Evidencia: ANEXO 1

123

0128



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS

PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

Código: 760.10.15-35

Versión: 03

Fecha: 31/01/2019

Página 2 de 4

2) ACTIVIDAD 3. Realizar el registro diario, semanal y/o mensual en las herramientas RUV y SIRAV de las declaraciones valoradas con acto administrativo proyectado, de acuerdo a la asignación establecida por el supervisor

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Se realizó registro de las declaraciones pre-valoradas del 28 al 31 de enero de 2019.

Evidencia: Anexo 1

3) ACTIVIDAD 8. Conservar la información generada durante el proceso de valoración teniendo en cuenta los criterios definidos por la Subdirección de Valoración y Registro para el efecto

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

La información de las actividades realizadas en el mes de enero se encuentra consignadas en el computador asignado para el desarrollo de las actividades

Evidencia: Equipo de Trabajo

4) ACTIVIDAD 9. Realizar las actividades del presente contrato en las instalaciones de la Subdirección de Valoración y Registro en cumplimiento de la reserva legal y protección especial constitucional de la que goza la información contenida en el Registro Único de Víctimas (RUV), sin que ello afecte la autonomía técnica y administrativa del contratista.

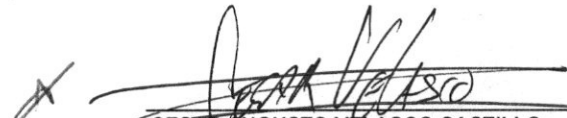
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

El desarrollo de las actividades del periodo del 28 al 31 de enero de 2019 se dio en las Instalaciones de la Subdirección de Valoración y Registro en Carrera 85 D No. 46 A- 65 Piso 2 Complejo Logístico San Cayetano.

Evidencia: Carrera 85 D No. 46 A- 65

Nota: El presente documento se asimila a soporte equivalente o cuenta de cobro

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O ASOCIADO** 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. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, artículo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato.


CESAR AUGUSTO VELASCO CASTILLO

Nota: Para los casos en que haya designación se debe adjuntar al primer informe el documento de designación expresa por parte del representante legal, y en caso de requerirse cambio del designado se deberá presentar la nueva designación como parte del informe al periodo que corresponda.

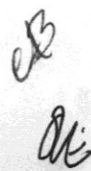
II. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

(El cuadro de verificación de pagos a la seguridad social y aportes parafiscales, no aplica para persona jurídica o persona natural con establecimiento de comercio, a cambio se debe anexar certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este obligado de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal el cual no debe ser inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución).

VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Fondo de pensiones:

COLPENSIONES





UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISION A LA EJECUCION CONTRACTUAL

PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS

PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

Código: 760.10.15-35

Versión: 03

Fecha: 31/01/2012

Página 3 de 4

EPS:		FAMISANAR									
ARL:		Positiva				Nivel de Riesgo		I	x	II	V
Aportes voluntarios pensión		Si		No	x	Valor		\$ 0			
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)		Si		No	x	Valor		\$ 0			
Certificación de condición de declarante		Si	x	No		ADJUNTAR SOPORTE (Formato Certificación de Condición de Declarante Cod. 770.12.15-4)					
Certificado de aportes parafiscales		Si	x	No		ADJUNTAR SOPORTE					
Periodo pagado	Ingreso base de cotización – IBC	Valor sin intereses de mora				Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II)	Número de Referencia de planilla (s)				
		Aporte a salud		Aporte a pensión							
Diciembre 2018	1.520.320	190.100		243.300		8.000	1017326122				
Totales	N/A	190.100		243.300		8.000	N/A				
VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA											
INFORMACIÓN BANCARIA											
Cuenta Bancaria No.	05352314465	Banco:	Bancolombia		Tipo de cuenta	Ahorros					
INFORMACIÓN BANCARIA EN CASO DE ENDOSO											
Nombre del beneficiario del					Nit/cc:						
Cuenta Bancaria No.		Banco:			Tipo de cuenta	(ahorros o corriente)					
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)											
Factura No.	Relacionar número de facturas que soportan la cuenta mensual										
AFECCIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES											
Número de registro presupuestal	Rubro				valor						
46419	C-4101-1500-200-4101044-02				\$523.484						
TOTAL				\$523.484							
ITEM				VALOR EN PESOS							
Valor Inicial del contrato				\$22.509.777							
Valor Adiciones o reducciones											
Valor Total (incluyendo adiciones o reducciones)				\$22.509.777							
TOTAL, PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS (acumulados al último pago recibidos)											
Valor a pagar del presente periodo				\$523.484							
SALDO (Valor total – (Pagos Efectivamente Realizados + valor a pagar del presente periodo))				\$21.986.293							

- III. **SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE CONTRATOS Y CONVENIOS DE ASOCIACION, COOPERACION O INTERADMINISTRATIVOS:** se debe diligenciar el "Formato Informe Financiero para contratos Interadministrativos ó convenios", definido dentro del procedimiento de Pagos del proceso de Gestión Financiera. (El presente numeral sólo aplica para de contratos y convenios de asociación, cooperación o interadministrativos, en caso de no requerirse, se puede eliminar).

Mx



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISION A LA EJECUCION CONTRACTUAL

PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS

PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL

Código: 760.10.15-35

Versión: 03

Fecha: 31/01/2019

Página 4 de 4

IV. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato No. 351 de 2019 certifico que el/la contratista **CESAR AUGUSTO VELASCO CASTILLO** realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.

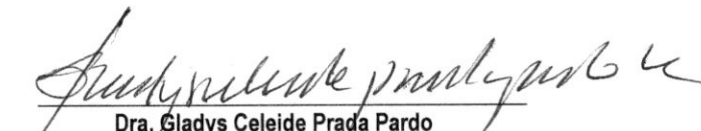
Es importante mencionar que las actividades 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11 y 12 no fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe.

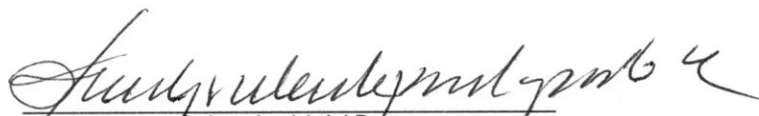
(Cuando se trate del informe final para el último pago, se debe verificar y certificar que la totalidad de obligaciones o actividades contenidas en el contrato hayan sido desarrolladas)

Conforme a lo verificado, la contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.

Se autoriza el pago por la suma de **QUINIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$523.484)**.

NOTA: Para el trámite de pagos se deben adjuntar los documentos definidos en el "Instructivo de Pagos" Código 750.15.05-1 del proceso de Gestión Financiera.


Dra. Gladys Celeide Prada Pardo
Subdirectora Técnica Encargada
Subdirección de Valoración y Registro


Ordenador (a) del Pago

TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL			RADICADO GESTIÓN FINANCIERA		
TRAMITE GESTION FINANCIERA					
Cuenta por pagar:		Obligación:		Orden de Pago:	

UARIV



Rad No: 2019-711-047230-2

Fecha Rad: 06/02/2019 14:55:52 Us DIANA ROZO
Proceso: GT Financiera



Responder Responder a todos Reenviar



Yenny Catalina Mora Salazar

Cesar Augusto Velasco Cantillo; Carlos Alberto Bravo Pereira ▾

📎 1

9:20 a. m.

RE: INFORME ENERO 2019



CESAR AUGUSTO VELASCO.xlsx ▾

55 KB

Buen día,

Se aprueba el informe con la prevaloracion de 40 declaraciones, con estado en RUV Inicia Valoracion por inconvenientes en el aplicativo para poder finalizar la valoración.

Quedo atenta,

GRACIAS

De: Cesar Augusto Velasco Cantillo

Enviado el: lunes, 04 de febrero de 2019 05:08 p.m.

Para: Yenny Catalina Mora Salazar <yenny.mora@unidadvictimas.gov.co>

Asunto: INFORME ENERO 2019

Importancia: Alta

Buenas Tardes Cata.

Te remito el informe nuevamente actualizado. Se reportan valoraciones del día 28 al 31 de enero de 2019.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-02-04, 08:52:29 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1017326122
Periodo Cotización 201812 Periodo Servicio 201812

Cliente:

PAGADA 2019-01-26 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR AUGUSTO VELASCO CASTILLO			Dirección	CLL 1 31 C 17		
Documento	CC 1013617868			Teléfono	8059824		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación			
Representante Legal							

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1013617868		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				VELASCO CASTILLO CESAR AUGUSTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	\$ Integral	Salario	Pensión					Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales												
ING	RET	TAE	TOP	TAP	VBP	COR	VST	SLN	RGE	LMA	VAC	AVP	VGT				Sum AFP	Dias EPS	Dias FSP	Dias FSPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF		
															0	30	30	0				\$ 1.520.320	25-14	16%	\$ 1.520.320	\$ 243.300	\$ 0	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.520.320	\$ 190.100	\$ 0	14-23	1	0.522 %	\$ 1.520.320	\$ 8.000	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 243.300	\$ 0	\$ 0	\$ 190.100	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 441.400

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Ley 1819 de 2016 - Reforma Tributaria)

Fecha 31 enero de 2019

Yo, **CESAR AUGUSTO VELASCO CASTILLO**, identificado con cédula de ciudadanía número, **1013617868** de **Bogotá D.C** como persona natural, dando cumplimiento a la Ley 1819 de 2016, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público ☐

Contratista ☒

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Víctimas	100	%
Contrato con Otras Entidades		%
Total	100	%

a. Durante el año 2018 mis ingresos superaron 1.400 UVT? (\$46.418.000)	SI ☐	NO ☒
b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2018?	SI ☐	NO ☒
c. Aportes Obligatorios de ARL? (*)	SI ☒	NO ☐
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI ☐	NO ☒
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI ☐	NO ☒
f. Pagos por intereses de vivienda? (*)	SI ☐	NO ☒
g. Dependientes? (*)	SI ☐	NO ☒

(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,


 Firma