

	FORMATO		CÓDIGO: GCO-FO-001
	GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 2
	ACTA DE INICIO		FECHA: 17/09/2024

Datos Generales	Contrato	X	Convenio		No.	1071 de 2024
	Tipo	CONTRATO COMPRAVENTA				
Contratista/Conveniente	ZULY CARINA DELGADO LOPEZ					
Identificación	C.C. No. 1.019.096.491 de BOGOTÁ D.C.					
Representante Legal						
Supervisor/Interventor del Contrato/Convenio	JUAN SEBASTIAN GACHARNA BELLO		DIRECTOR DE SERVICIO A LA CIUDADANIA			
Objeto del Acta	Iniciación del contrato					
Lugar	Bogotá, D.C., Secretaría Distrital de Planeación.			Fecha del Acta	13/01/2025	

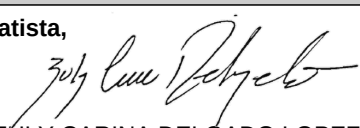
DATOS DEL CONTRATO			
Objeto	ADQUISICION DE CHAQUETAS INSTITUCIONALES PARA LOS COLABORADORES DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN, QUE PRESTAN SERVICIO A LA CIUDADANÍA EN LA RED CADE Y SUPERCADDE Y DESARROLLAN ACTIVIDADES MISIONALES EN REPRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD.		
Plazo de Ejecución	1 Mes(es)		
Fecha Suscripción	30/12/2024	Fecha Oficio Remisorio	10/01/2025

ASISTENTES	
Por la SDP	JUAN SEBASTIAN GACHARNA BELLO DIRECTOR DE SERVICIO A LA CIUDADANIA
Por el Contratista	ZULY CARINA DELGADO LOPEZ

AGENDA	
1. Fijar la fecha de inicio de ejecución.	
2. Establecer las fechas para los plazos de ejecución, según lo estipulado en la cláusula "plazo de ejecución" a del contrato/convenio.	

DESARROLLO		
1 Se acordó como fecha de inicio para la ejecución, el día 13/01/2025		
2. Las siguientes son las fechas máximas para los plazos, según lo estipulado en la minuta del contrato/convenio.		
PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHAS	
	Inicio	Terminación
Plazo de ejecución	13/01/2025	12/02/2025
OTROS PLAZOS	FECHAS	
	Desde	Hasta

Para el proceso de desarrollo del presente contrato/convenio, el equipo de trabajo del contratista es el siguiente:	
NOMBRE	A DESEMPEÑARSE COMO
De conformidad con lo establecido en el contrato/convenio, para el desarrollo del mismo no se requiere equipo de trabajo por parte del contratista.	
VERIFICACIÓN AFILIACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, APORTES PARAFISCALES	
El supervisor / interventor del contrato/convenio, certifica que realizó frente al contratista la verificación de:	
<ul style="list-style-type: none">Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales (ARL)Afiliación al Sistema de Seguridad Social (salud y pensiones)	
Como constancia se anexa: Se anexa certificado de afiliación a la ARL, Salud y pensión, documentos que hacen parte integral de la presente acta.	
OBSERVACIÓN DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:	
N/A	

PARA CONSTANCIA SE FIRMA	
Por la SDP,	Por el Contratista,
	
Nombre: JUAN SEBASTIAN GACHARNA BELLO	Nombre: ZULY CARINA DELGADO LOPEZ
Cargo: DIRECTOR DE SERVICIO A LA CIUDADANIA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	23/12/2024	82814170	\$500.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	215,600	0		0		0	0	0	0	215.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	276.000	0	0	0	0	0	0		276.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.100				9.100	0	0	9.100			91	9.100	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	215.600	215.600
Pensión	1	276.000	276.000
Riesgos Laborales	1	9.100	9.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	500.700	500.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019096491	ZULY CARINA DELGADO LOPEZ		AV 18 #17 A 05	6619368	zulydelgadopersonal@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	23/12/2024	82814170	\$500.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1019096491	DELGADO LOPEZ ZULY CARINA	59	0		N																	230201	1.724.800	276.000	0	0	0	0	EPS005	1.724.800	215.600	14-23	1.724.800	1	9.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA