	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS TURBACO	CÓDIGO: GC Versión: 0.2 Fecha: 07/20

Dependencia:	SECRETARIA DE EDUCACION	Número de pago/ total de pagos:	1/2	Fecha:	13 de septiembre de 2021

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Total;	$ 5,600,000.00	Valor mensual:	$2,800,000		
Número:	CDPS 466-2021	Fec.Suscripción	3-ago-21	Fecha de iniciación:	3/08/2021
N° CDP:	202107000032	Fecha :	19-jul-21	Fecha de terminación:	2/10/2021
N° RP:	202108000013	Fecha :	3-ago-21	Duración: 2 Meses	Dias
Rubro Presupuestal:	**HONORARIOS**			Periodo a pagar:	**Del 03-08-2021 al 02-09-2021**
Requiere Informe:	SI: **X**	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:
Entregó Informe:	SI: **X**	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN LA GESTION AL EQUIPO PSICO-SOCIAL PARA BRINDAR APOYO EN LA EJECUCION DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES EN LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL MUNICIPIO DE TURBACO.

Nombre:	**KELLY PATRICIA GAZABON RICARDO**								
Identificación:	Tipo de document	Cédula	X	Nit.		Número:	45,549,042	DV.	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	488414404050	Banco:	DAVIVIENDA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro	
	IVA Régimen Simplificado:	X		

He verificado de esta información frente al RUT : SI: **X** NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: **X**	NO: **NA**	# de folios: 1			
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: **X**	NO: **NA**				
Se remitió al Grupo de contratación ó Talento Humano:	SI: **X**	NO:	Fecha:			
El Contrato fue Publicado en el SECOP:	SI: **X**	Constancia	**CO1.PCCNTR.2730262**			
	Fecha Publicacion Secop		3/08/2021			
Nª AAA : Estampilla Gobernacion de Bolivar	N: 000290-2021	DIA / MES	3108/2021	AÑO	2021	

Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas: NINGUNA

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural: X

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $ 140,000	Periodo **Julio**	Valor pagado $ 179,200	Periodo **Julio**
Comprobante pago 0 Radicado:	29177309	Comprobante pago 0 Radicado:	29177309
Fecha de pago:	**9/09/2021**	Fecha de pago:	**9/09/2021**

Aportes a ARL		Pensionado:	SI:	NO:
Valor pagado $ 5,900	Periodo **Julio**	Pensionado:	SI:	NO:
Comprobante pago 0 Radicado:	29177309			
Fecha de pago:	**9/09/2021**	ENTIDAD -PILA-PAGO ELECTRONICO		APORTES EN LINEA

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud , pensión Y ARL conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 Y EL decreto 1082 de 2015, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago. Por valor DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (2.800.000) correspondiente, al periodo Comprendido del 03-08-2021 AL 02-09-2021

Anexos:	Copia de aporte a pensión	SI: **X**	NO:	FACTURA	SI: **X**	NO:	
	Copia de aporte a salud	SI: **X**	NO:				

FIRMA CONTRATISTA	Kelly P. Gazabón R.	FIRMA SUPERVISOR	Leon Campo R. Sec. de Educación
NOMBRE CONTRATISTA:	**KELLY PATRICIA GAZABON RICARDO**	NOMBRE SUPERVISOR:	**LEONOR CAMPO RIOS**
C.C.:	**45549042**	CARGO:	SECRETARIA DE EDUCACION
	Contratista		