FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
F-SCAP

Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	3/4	Fecha:	

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	6,400,000			Valor a Pagar:	1,600,000
Número:	137	Fec.Suscripción	17/08/2021	Fecha de iniciación:	17/08/2021
N° CDP:	413	Fecha :	28/07/2021	Fecha de terminación:	31/12/2021
N° RP:	1108	Fecha :	17/08/2021	Duración:	4 MESES
Rubro Presupuestal:	Gastos de Funcionamiento			Periodo a pagar:	17/10/2021 al 16/11/2021
Requiere Informe:	SI: X		NO:	Suspensión No.:	En tiempo:
Entregó Informe:	SI: X		NO:	Prorroga: No.:	En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR CSB

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	DANNA ISABLE GARZON PERDOMO						
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1.081.927.406	
Dirección:	Barrio Olaya, cll 18 # 10A-14						
Número de Teléfono:			FAX:			CEL.	3022953193
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	48462226643	Banco: BANCOLOMBIA

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"				
Persona Natural:	X	Persona Jurídica:		
Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		
IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro		
IVA Régimen Simplificado:				
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: X	NO:
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: X	NO:
Se remitió al Grupo de contratación ó Talento Humano:	SI: X	NO:

Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas: Ninguna

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $	Periodo	Valor pagado	
Comprobante de pago Número:		Fecha de pago:	
Fecha de pago:			

Aportes a Riesgos Profesionales(Seguros de Vida, Colpatria S.A.)			
Valor pagado $	Periodo	Pensionado:	SI:
Comprobante de pago Número:	Fecha de pago:	Certificación:	SI:

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI:

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 y pensión conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Manual de Interventoría de la ESAP (Resolución 049 de 2008), los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos:					
Copia de aporte a pensión	SI: x	NO:	Cuenta de Cobro	SI: x	
Copia de aporte a salud	SI: x	NO:			
Copia de aporte a Riesgos Profesionales	SI				

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: Danna Garzón P.

C.C.: 1081927406

FADEL ALI SUAREZ

Sub. Dir Admintrativo y Financiero

C.C.:

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR CSB

Nit.: 806000327-7

CUENTA DE COBRO 003

DEBE A

DANNA ISABEL GARZAON PERDOMO

C.C. Nº 1081927406

La suma de Un Millón Seiscientos Mil Pesos M/te ($ 1.600.000.00) de acuerdo al Contrato N° 137 DE 2021 (PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR, labor que se ha venido desarrollando en el periodo comprendido (17 de Octubre de 2021 y el 16 de Noviembre de 2021).

DANNA ISABEL GARZAON PERDOMO
Tec. Contratista

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA

- Seguimiento asistido por llamadas con los diferentes fondos de pensión para dar solución pronta a los funcionarios pre pensionado de la CSB.
- Capacitación en SGSST con POSITIVA.
- Apoyo en la Gestión para la normalización de las novedades de los pre pensionados de la CSB con sus respectivos fondos de Pensiones.
- Apoyar en la proyección de oficios internos dentro de la oficina de RRHH de la CSB.
- Solicitud y análisis de cada una de las historia laborales de los pre pensionados de la CSB
- Apoyar en la organización documental en la oficina de RRHH de la CSB.
- Seguimiento especial a las inconsistencias de los pre pensionados priorizado de la CSB con sus respectivos fondos de pensiones.

FADEL ALI SUAREZ
Subdirector Administrativo -CSB

DANNA ISABEL GARZAON PERDOMO
Técnico Contratista

INFORME DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE EL 17 DE OCTUBRE AL 16 DE NOVIEMBRE DEL 2021

En atención a la **CLÁUSULA DECIMA SEXTA. SUPERVISIÓN:** la supervisión del presente contrato, esta será ejercida por la Secretaria General o quien haga sus veces de contrato de prestación de servicios No. 137 de 2021 cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR - CSB**, presento informe de actividades desarrolladas para dar cumplimiento a la **CLÁUSULA QUINTA OBLIGACIONES DE LAS PARTES**, actividades que desarrolle las relaciono a continuación.

CONTRATANTE: CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLIVAR CSB.

CONTRATISTA: DANNA ISABEL GARZAON PERDOMO

FECHA DEL CONTRATO: 17 DE AGOSTO DEL 2021

PLAZO DE EJECUCIÓN: 4 MESES

VALOR DEL CONTRATO: $ 6.400.000.00

FECHA DE INICIO: 17 DE AGOSTO DEL 2021

FECHA DE TERMINACIÓN: 31 DE DICIMEBRE DE 2021

SUPERVISOR: FADEL ALI SUAREZ

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINSTRATRIVO Y FINANCIERO DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL SUR DE BOLÍVAR CSB

CERTIFICA

Que revisado el informe de actividades presentado por **DANNA ISABEL GARZAON PERDOMO** Identificada con la cedula de ciudadanía No C.C. Nº 1081927406, de Plato magdalena quien se desempeña como Técnico Administrativo, al objeto relacionado en el contrato N° **137- 2021** entre el 17 de octubre de 2021 y el 16 de Noviembre de 2021.

FADEL ALI SUAREZ
Subdirector Administrativo -CSB

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1081927406
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANNA ISABEL GARZON PERDOMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 18 #10 A 14	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7814255907**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1198585127		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890102044	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 4.800
SUBTOTAL:			1	**$ 4.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 263.800**