| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | 004 | |
| Contrato N° | 202203028 | | |
| Nombre del Supervisor | **MARY ISABEL CORREA GALLARDO** | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| Tipo de contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Otro: | |
| Nombre del contratista | YULIXA PAOLA FRUTO SALAS | | |
| Identificación del contratista | 1047360688 | | |
| Objeto del contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA PERSONERÍA DISTRITAL DE BARRANQUILLA EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS ASIGNADAS EN LA CONSTITUCIÓN, LA LEY Y EN TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES ESTATALES. | | |
| Plazo | 8 MESES | | |
| Valor del contrato | Contrato Inicial: $ 40.000.000<br>Adición: $<br>**Valor total contrato**: $ 40.000.000<br>**Valor Mensual**: $ 5.000.000<br>*Valor Pagado a la fecha*: $ 15.000.000<br>Saldo Por Pagar: $ 25.000.000 | | |
| Fecha de inicio del contrato | Fecha de terminación del contrato | Fecha de Suspensión | Fecha de reinicio |
| 01/02/2022 | 30/09/2022 | | |

**3. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

| | |
|---|---|
| **4. PERIODO DE CERTIFICACIÓN** | **MAYO 2022** |

**INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO**

La información relacionada con las actividades realizadas por el contratista, se relacionan en formato denominado Anexo No.1 Informe De Actividades.

**MARY ISABEL CORREA GALLARDO,** quien actúa en nombre y representación de la Personería Distrital de Barranquilla, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato y sus obligaciones para el periodo correspondiente al del presente informe y sus anexos, conforme a lo señalado en el Estudio previo y la propuesta presentada, como también la verificación del pago de las estampillas y de la acreditación del pago de seguridad social.

Se firma en Barranquilla, en el mes de Mayo del 2022

Yulixa Fruto Salas

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**YULIXA PAOLA FRUTO SALAS**
**Identificación: 1047360688**

**Vo Bo DEL SUPERVISOR**
**MARY ISABEL CORREA GALLARDO**
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**



Escaneado con CamScanner

**ANEXO No. 1**

**INFORME DE ACTIVIDADES**

A continuación, me permito relacionar las actividades ejecutadas en el desarrollo de mi objeto contractual en la oficina ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de Mayo del 2022

| No. | OBJETO CONTRACTUAL: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA PERSONERÍA DISTRITAL DE BARRANQUILLA EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS ASIGNADAS EN LA CONSTITUCIÓN, LA LEY Y EN TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES ESTATALES. |
|---|---|---|
| | **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | |
| 1 | Prestar sus servicios como Administrador de Empresas en el apoyo a la Dirección Financiera, en la emisión de los conceptos que fueron requeridos por la Directora Financiera de la Personería Distrital de Barranquilla, en las diligencias y procedimientos que me fueron asignados | |
| 2 | Apoyo en la revisión de las novedades y descuentos que se deben hacer en la nomina de los trabajadores de la entidad | |

Atentamente,

Yulixa Fruto Salas

**YULIXA PAOLA FRUTO SALAS**
**C.C. 1.047.360.688**
Contratista



Escaneado con CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1047360[illegible] |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | YULIXA PAOLA FRUTO SALAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTO TOMAS DEPARTAMENTO | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CALLE 15 #527 TELÉFONO: | 8790913 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | 1-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio de vehículos |
| FORMA DE PRESENTACION: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4445072789 | TIPO DE PLANILLA: | | 1-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | mayo |
| | AÑO: | 2022 | | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/05/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2050074606 | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 320.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 320.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 250.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 250.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 10.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 10.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 580.500** |



Escaneado con CamScanner