(9)

CUENTA DE COBRO

NOMBRE: CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE
C.C. 1.082.878.482
TELEFONO: 3005645245

OBJETO DEL CONTRATO:

"PRESTAR DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL CONTRALOR DISTRITAL DE SANTA MARTA EN LA GESTION JURIDICA Y ADMINISTRATIVA"

CUENTA DE COBRO N°: 001
CIUDAD Y FECHA: Santa Marta – Magdalena, 7 de octubre de 2022.
VENCIMIENTO CONTRATO: 12 de Diciembre de 2022.

LA CONTRALORÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA
NIT: 891.702.569-4

Debe a:

NOMBRE: CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE
C.C. No. 1.082.878.482

La suma de **CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000,000)** por concepto del PRIMER PAGO pactado en el contrato de Prestación de Servicios N° 146-2022 del 8 de septiembre de 2022, correspondiente al periodo comprendido entre el 8 de septiembre de 2022 hasta el 7 de octubre de 2022.

Favor consignar a la cuenta de ahorros a mi nombre No. 0550009400888088 de DAVIVIENDA.

En concordancia con el artículo 383, parágrafo 2 del Estatuto Tributario, certifico que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad.

Atentamente,

Carlos Montenegro Aponte.
NOMBRE: CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE
C.C. No. 1.082.878.482

CONTRALORÍA
DISTRITAL DE SANTA MARTA

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE**, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, se verifica el cumplimento del objeto contractual y, por ende, autoriza el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 8 de septiembre de 2022 y el 08 de octubre de 2022.

Pago No.	001
Contrato:	No. 0146 de 2022
Contratista:	CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE
Cédula o NIT	No. 1.082.878.482
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL CONTRALOR DISTRITAL DE SANTA MARTA EN LA GESTION JURIDICA Y ADMINISTRATIVA
Plazo del contrato:	3 meses y 13 días
Fecha iniciación:	8 de septiembre de 2022.
Fecha de terminación:	12 de diciembre de 2022.
Valor total del contrato:	$13.734.000
Valor a pagar:	$4,000,000
Numero de PIN:	N/A
Periodo cotizado	N/A

El suscrito supervisor del contrato antes descrito, deja constancia que se verificó el cumplimiento de afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral por parte del contratista.

En constancia se firma a los cuatro (07) días del mes de ctubre de dos mil veintidós (2022).

Supervisor,

CHADAN FRANCISCO ROSADO TAYLOR
Contralor Distrital De Santa Marta

CONTRALORÍA
DISTRITAL DE SANTA MARTA

FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERIVICIOS

A. INFORMACION GENERAL	
Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	No. 146-2022
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL CONTRALOR DISTRITAL DE SANTA MARTA EN LA GESTIÒN JURÌDICA Y ADMINISTRATIVA
Plazo del Contrato	Tres (3) Meses y trece (13) Días.
Periodo objeto de pago	Del 08 de Septiembre hasta el 07 de Octubre de 2022
Nombre del Contratista	**CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE**
N° de identificación	C.C. 1.082.878.482
Correo electrónico Contratista	Carlostino10@hotmail.com
Régimen del IVA	
Es declarante de renta	SI
Es pensionado	NO
Valor total del Contrato	$13,734,000
Valor de Honorarios mensual	$4,000,000
Tipo de Cuenta	Ahorros
Banco al cual consignar	DAVIVIENDA
No. Cuenta	0550009400888088
N° CDP	17-0000368
N° RP	18-000408
Fecha Acta de Inicio	08 de Septiembre de 2022
N° Pago del Contrato	Primer Pago
Ingreso Base Cotización IBC	
N° planilla Pago de Seguridad social	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
Periodo Pago Seguridad Social	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
Valor Periodo Pago de Seguridad social	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
ARL	
Valor Pago ARL	No Aplica para primer pago (Decreto 1273 del 2018)
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	CHADAN FRANCISCO ROSADO TAYLOR Contralor Distrital de Santa Marta

CONTRALORÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERIVICIOS

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**
1	En las fechas comprendidas entre el 16 de septiembre del año en curso hasta el 23 de septiembre del mismo año, se realizó una recolección de las pruebas documentales que sustentan las actas y decisiones expedidas por el Comité designado para subsanar la situación jurídica de la Casa Riascos de propiedad de la Contraloría Distrital. Lo anterior en aras de estar preparados para sustentar dicha gestión ante la Auditoría General de la Republica en el momento que se requiera.
2	En las fechas comprendidas entre el 19 de septiembre del año en curso hasta el 23 de septiembre del mismo año, se realizó una actualización y depuración del cuadro en Excel en el que se relacionan los procesos judiciales en los que la Contraloría Distrital tiene parte, indicando el estado actual del proceso y anexando a los expedientes digitales, copia de la última actuación.
3	El Lunes 26 de Septiembre de 2022, se analizó auto admisorio de Demanda en contra de la Contraloría Distrital por el proceso de Nulidad y Restablecimiento de Derecho de Radicado No. 365 de 2021 del Tribunal Administrativo del Magdalena.
4	El Lunes 26 de Septiembre de 2022, se analizó auto que corre traslado para pronunciarse acerca de la solicitud una medida cautelar en contra de la Contraloría Distrital por el proceso de Nulidad y Restablecimiento de Derecho de Radicado No. 365 de 2021 del Tribunal Administrativo del Magdalena.
5	El Viernes 30 de Septiembre de 2022 a las 10:00 AM, se asistió a reunión con el Dr. Luis Alberto Rincón García, la Dra. Martha Liliana Peralta Cotes y el Dr. Fidel Castro Tapia con el objetivo de planificar la estrategia de defensa en el proceso de Nulidad y Restablecimiento de Derecho de Radicado No. 365 de 2021 del Tribunal Administrativo del Magdalena.
6	Revisión Diaria de los Estados Judiciales en el DIARIO JUDICIAL:

C. PARA LOS EFECTOS LEGALES DECLARO COMO CONTRATISTA Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO, QUE:

CONTRALORÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERIVICIOS

1. A la fecha, he cumplido a cabalidad con las actividades del objeto contractual arriba descritas.
2. Los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, están debida y legalmente pagados.
3. Me encuentro afiliado al sistema de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, tal como consta en certificado que adjunto.
4. He leído y entendido la descripción de todos los campos aquí diligenciados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor del contrato No. 146 - 2022 verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 08 de septiembre de 2022 hasta el 07 de octubre de 2022.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	Carlos Montenegro Aponte. Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Firma del Supervisor Vo. Bo. _____

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE, identificado con Cédula Ciudadanía No. 1082878482 . Registra como trabajador INDEPENDIENTE VOLUNTARIO con fecha de inicio de cobertura 30/08/2022 y riesgo 1.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201018522393.

Dada en Bogotá, a los 29 días del mes de agosto de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082878482,** se encuentra afiliado/a desde **30/01/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de agosto de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008766487	2|2|0|8|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario ant... Página ... de ...

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación [X] B.Reporte de Novedades [X]	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] B. Institucional [ ] B. De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Independiente [X] B. Dependiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de

6.Apellidos y nombres			
MONTENEGRO (Primer apellido)	APONTE (Segundo apellido)	CARLOS (Primer nombre)	AUGUSTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1082878482	Femen [ ] Masculino [X]	2|3|07|1|9|8|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	F N M Tipo T P Condicion		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSOTIVA DE SEGUROS	COLPENSIONES	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
Transversal 9C # 34-66 urbanización alejandrina		3005645245	Carlostinc10@hotmail.com

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SANTA MARTA	Urbana [X] Rural [ ]		MAGDALENA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS

C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B	VS QUINTA AVENIDA - VS QUINTA AVENIDA	VSQUINTAAV - VSQUINTAAV
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARLOS MANTENEGRO APONTE	CC	108287848	01

39.Ubicación				
			SANTA MARTA	MAGDALENA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1 Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2 Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3 Actualización documento de identidad
- [ ] 4 Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5 Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- [ ] 6 Reinscripción en la EPS
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 8 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 9 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 10 Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 15 Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 17 Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 18 Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		2|2|0|8|2|0|2|2

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. [x] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. [x] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. [x] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
CARLOS MONTENEGRO	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo Copia del documento de identidad: [CN.] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] . Total: [0]
- [ ] 57 Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58 Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 60 Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71 Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **27/12/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS AUGUSTO MONTENEGRO APONTE** con **Cédula de Ciudadanía** número **1082878482**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550009400888088**
Fecha de apertura	**19/10/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA