| ASAMBLEA DEL CESAR | **INFORME DE SUPERVISION**<br>**INFORME 04**<br>00302 4 23 JUN. 2023 | Versión Doc.: 01<br>Fecha: 11/01/2023<br>Páginas:<br>Página **1** de **2** |
|---|---|---|

## DATOS GENERALES

| Número del Proceso | **CD-024-2023** | Número del Contrato | **C-024-2023** | Cuenta | **04 de 04** |
|---|---|---|---|---|---|

| Modalidad de Contratación | Tipo de Contratación | Justificación de la modalidad |
|---|---|---|
| **CONTRATACION DIRECTA** | **PRESTACION DE SERVICIOS** | **SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION** |
| Contratista | **LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ** | |
| CC o NIT | **32.685.096** | |
| Contratante | **ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR** | |
| Representante Legal | **CAMILO ANDRES LACOUTURE ACKERMAN** | |
| Fecha de Suscripción | **14/02/2023** | |
| Objeto del Contrato | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR PARA EL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.** | |
| Plazo Inicial del contrato | **CUATRO (04) MESES** | |
| Fecha de Inicio | **14/02/2023** | |
| Fecha Terminación | **13/06/2023** | |
| Valor Inicial del Contrato | **$22.800.000** | |
| Valor Mensual | **$5.700.000** | |
| Forma de Pago | **CUATRO (04) PAGOS** de mensualidades vencidas **POR EL MONTO DE; CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000) M.L. cada una** | |
| Supervisor | **MARIA FERNNADA ALBA MIRANDA** | |

## DATOS FINANCIEROS

Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal

| | Tipo | código | Fecha | Rubro | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| INICIAL | CDP | 003 | 30/01/2023 | 2.1.2.02.02.008, SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN | $230.200.000 |
| | RP | 033 | 14/02/2023 | 2.1.2.02.02.008, SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN | $22.800.000 |

## GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

| | Aseguradora | NO. De Póliza | Amparo | V. Asegurado | Vigencia |
|---|---|---|---|---|---|
| INICIAL | **SEGURO DEL ESTADO 860.009.578-6** | 47-46-101011841 | CUMPLIMIENTO DELCONTRATO | $2.280.000 | 14/02/2023 A 13/10/2023 |
| | Aprobación de las Garantías | | NO. C01.WRT. 11074875 de 14/02/2023 | | |

## ACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS TEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

| TIPO DE APORTE | PLANILLA N° | VALOR APORTE | FECHA DE PAGO | MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| SALUD | 26489008 | **$ 285.000** | 2023-06-14 | **JUNIO** |
| PENSIÓN | ---------- | ---------- | ---------- | |
| ARL | 26489008 | **$ 55.600** | 2023-06-14 | **JUNIO** |

El suscrito supervisor en el cumplimiento de las obligaciones del contratista manifiesta que:

Si [✓] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 14 de mayo a 13 de junio de 2023, relacionado en todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad según el objeto contractual

Si [✓] No [ ] Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos

Si [✓] No [ ] Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral

F.F.

Se da visto bueno para realizar el pago de **CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000.oo) MCTE.** de la siguiente manera:

Si [✓] No [ ]

| N° RP | Rubro | Soporte | Valor |
|---|---|---|---|
| 033-2023 | 2.1.2.02.02.008, SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN | C-024-2023 | **$5.700.000** |
| | | Total | **$5.700.000** |

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo 14 de mayo a 13 de junio de 2023, correspondiente al Informe de actividades N° 04, de acuerdo al contrato C-024-2023.

**Observaciones:**

| Descripción de las observaciones |
|---|
| LA CONTRATISTA CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS. |

**CERTIFICO** que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministro en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos y publicaciones requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

Se firma en la ciudad de Valledupar a los catorce (14) días del mes de mayo de 2023

María Fernanda Alba M.

**MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA**
SECRETARIA GENERAL

Valledupar- Cesar, 14 de junio de 2023

Doctora:
**MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA**
Secretaria General
Asamblea Departamental Del Cesar

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 14 de junio/23
HORA: 11:15 am
RECIBIDO: Mª Fda Alba.

**Ref**. Documento Para La Realización Del Pago.

Cordial saludo.

Me permito formalmente hacerle entrega de los registros documentales exigidos por esta dependencia para el respectivo pago, de la Cuenta De Cobro **N. º 004,** Contrato No **C-024-2023.** De fecha **14 de febrero de 2023** a favor del contratista, **LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ,** identificado(a) con cedula de ciudadanía **No. 32.685.096 Expedida** en **Barranquilla.**

Agradezco la atención brindada y su amable colaboración.

**ANEXOS**

- Oficio Remisorio
- Cuenta de Cobro
- Recibo a Satisfacción
- Informe de Actividades
- Declaración Juramentada
- Informe de supervisión
- Soporte pago de la Seguridad Social
- Certificación Bancaria

Atentamente,

**LEYDA SORAYA URECHE DE LUQUEZ**
**C.C. NO. 32.685.096 De Barranquilla**
Contratista

## INFORMACIÓN DEL COBRO

| Fecha del informe |
|---|
| **14 de junio de 2023** |

| Periodo a Cobrar |
|---|
| **14 de mayo a 13 de junio de 2023** |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATO** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MODALIDAD DE CONTRATACIÓN | TIPO DE CONTRATACIÓN | | JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD | | | |
| **CONTRATACION DIRECTA** | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | **SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION** | | | |
| Número del Proceso | **CD-024-2023** | Número del Contrato | **C-024-2023** | Fecha | **14/02/2023** | |
| Contratista | **LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ** | | | | | |
| CC o NIT | **32.685.096** | | | | | |
| Objeto | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR PARA EL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.** | | | | | |
| Valor Inicial del Contrato | **$22.800.000** | | | | | |
| Plazo | **CUATRO (04) MESES** | | | | | |
| Valor Mensual | **$5.700.000** | | | | | |
| Fecha de Inicio | **14/02/2023** | | | | | |
| Supervisor | Nombre | **MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA** | | | | |
| | Cargo | Secretaria General Asamblea Departamental del Cesar | | | | |

| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | | |
|---|---|---|
| N | Obligación | Actividades Realizadas |
| 1 | Apoyar con la elaboración de proyectos de ordenanza a iniciativa de un diputado cuando le sea requerido. | |
| 2 | Asesorar a los diputados sobre el trámite correspondiente para elaborar proyectos de impacto departamental y regional. | |
| 3 | Asesorar a los municipios que requieran por parte de la asamblea departamental orientación sobre la elaboración de proyectos de impacto social en el respectivo municipio. | |
| 4 | Elaborar solicitudes que le permitan realizar el seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo departamental 2020-2023 y rendir un informe a los miembros de la corporación. | DE ACUERDO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y LAS EXPOSICIONES REALIZADAS EN LOS DEBATES DE CONTROL POLITICO PARA CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE DESARROLLO, SOLICITE A LOS DIFERENTES SECRETARIOS DE DESPACHOS INFORMES SOBRE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS SOBRE LA EJECUCION DEL PROYECTO Y LAS METAS TRAZADAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.<br><br>APOYE AL HONORABLE DIPUTADO EN LA ESTRUCTURACION Y ESTUDIOS DE CADA INFORME RECIBIDO POR PARTE DE LAS DIFERENTES SECTORIALES CITADAS, CON EL OBJETIVO DE CONOCER SI SE CUMPLIERON LAS EXPECTATIVAS.<br><br>IGUALMENTE SE ESCUCHARON A LOS SECRETARIOS DE DESPACHOS, EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES, DONDE EXPUSIERON EL DESARROLLO Y CUMPLIMEITNO DE CADA META |

| | | |
|---|---|---|
| | | TRAZADA EN EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL |
| 5 | Asesorar a los miembros de la corporación y al secretario(a) general en los asuntos de su competencia que le sean requeridos | Apoyé asesorando, durante el desarrollo de las sesiones ordinarias de mayo a los miembros de la corporación.<br><br>Apoye asesorando en la planeación y organización del plan de trabajo del diputado en cumplimiento de sus funciones Constitucionales y legales. |
| 6 | Apoyar en la estructuración y elaboración de ponencias para primer y segundo debate de los proyectos de Ordenanza. | Apoye asesorando al diputado en la estructuración de la ponencia en segundo debate del proyecto por medio del cual se autoriza al Gobierno Departamental facultades para celebrar contratos y convenios. |
| 7 | Las demás que sean propias del objeto contractual solicitado por un diputado o supervisor. | Apoyé asesorando al Honorable Diputado en el desarrollo de la sesión plenaria en segundo debate del proyecto por medio del cual se otorga facultades para celebrar contratos y convenios. |
| 8 | Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato. | Publique a través de la plataforma del Secop II el pago de los impuestos y estampillas cancelados por el contrato 024 |
| 9 | Publicar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato. | Publique a través de la plataforma del SECOP II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas, copia de los comprobantes de pago de los aportes del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, correspondiente a la cuenta No. 0 debidamente verificados por el supervisor del contrato. |

**OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL**

**Certifico, bajo la gravedad de juramento**, que los documentos soporte del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social En Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago

| TIPO DE APORTE | PLANILLA N° | VALOR APORTE | FECHA DE PAGO | MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| SALUD | 26489008 | **$ 285.000** | 2023-06-14 | **JUNIO** |
| PENSIÓN | ---------- | ---------- | ---------- | |
| ARL | 26489008 | **$ 55.600** | 2023-06-14 | **JUNIO** |
| | | | | |

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos.
- Cumplí con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Cumplí con las Tareas y atendí sugerencias propuestas por la supervisión
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Certificado bajo gravedad de juramento
- Soporte pago de la Seguridad Social
- Certificación Bancaria

Leyda Soraya U.

**LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ**
Contratista

**CUENTA DE COBRO N° 04**

Valledupar **14/06/2023**

**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**

***NIT. 824.003.142 – 0***

DEBE A

**LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ**

**CC N° 32.685.096 expedida en Barranquilla-Atlántico**

**La suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000)**

**Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR PARA EL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.**

**Periodo comprendido 14/05/2023 al 13/06/2023 Contrato: C-24-2023**

**FAVOR PAGAR EN CHEQUE A NOMBRE MIO**

Leyda. Soraya Ur

**LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ**
**CC: 32.685.096 de Barranquilla**

| ASAMBLEA DEL CESAR | ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR<br>RECIBO A SATISFACCIÓN | Versión: 01<br>Vigencia: 11/01/2023<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

# RECIBO A SATISFACCIÓN

| BENEFICIARIO | NIT O CEDULA |
|---|---|
| LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ | 32.685.096 |

## DATOS DEL CONTRATO

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR PARA EL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.**

| N° C-024-2023 del 14 de febrero de 2023. | N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD | 003 | N° REGISTRO PRESUPUESTAL | 33 | 14/02/2023 |
|---|---|---|---|---|---|

0

## CONTROL DOCUMENTACION

FACTURA O CUENTA DE COBRO

| No. DE LA FACTURA | FECHA | VALOR | PERIODO | PLAZO DE EJECUCION |
|---|---|---|---|---|
| cuarto Pago | 14/06/2023 | $ 5.700.000 | 14 de mayo al 13 junio de 2023 | CUATRO (04) MESES |

SE ANEXARÁ CUADRO DE METAS Y COMPONENTES CUANDO EL CONTRATO SEA DE INVERSIÓN

## ESTADO ECONOMICO DEL CONTRATO

| DESCRIPCION | VALOR |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $22.800.000 |
| (+) ADICIONES | $0 |
| **= VALOR TOTAL** | **$22.800.000** |
| (-) TOTAL DE PAGOS ANTES DE ESTA FACTURA | $17.100.000 |
| (-) VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA | $5.700.000 |
| **= SALDO (Después de este pago).** | $0 |

| BENEFICIARIO (Solo para contratistas) | INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR |
|---|---|
| **NOMBRE: LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ**<br>**CONTRATISTA**<br>**FIRMA:** Leyda Soraya U.<br>**FECHA: 14/06/2023** | **NOMBRE:** MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA<br>**CARGO:** SECRETARIA GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTA<br>**FIRMA:** Maria Fernanda Alba M.<br>**FECHA: 14/06/2023** |

Valledupar, **14 de junio de 2023**

DOCTOR
**MARIA FERNANDA ALBA MIRNADA**
Secretaria General
Asamblea Departamental del Cesar
Valledupar

**Asunto: Certificación bajo gravedad de juramento**

Yo **LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ** , identificado con cedula de ciudadanía **Nº 32.685.096** de Barranquilla - Atlántico, no responsable del IVA en el régimen simplificado y con número de identificación tributaria NIT. **32685096-2** emitido por la DIAN de Valledupar, con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 1 del decreto 3590 de septiembre 28 de 2011 certifico a ustedes, bajo gravedad de juramento que a la fecha en que se expide el presente certificado figuro como contratista únicamente en los siguientes contratos de prestación de servicios:

| NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE | NIT. DEL CONTRATANTE | FECHA DE INICIACION | FECHA DE FINALIZAION | VALOR PAGO DEL MES | VALOR IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| **ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR** | 824003142-0 | 14/02/2023 | 13/06/2023 | $5.700.000 | 0.00 |
| | | | | $5.700.000 | **0.00** |

Cordialmente,

Leyda Soraya U.

**LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ**
C.C **32.685.096**
CONTRATISTA

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-32685096 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-05-15 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-06-26 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-05-15 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2023-05 |
| PERIODO SALUD: | 2023-05 |
| NUMERO PLANILLA: | 26197071 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 26197071 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 2.280.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.000 | $ 285.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 2.280.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 55.600 | $ 55.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 340.600 | $ 340.600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 25/07/2023 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | LEYDA SORAYA URECHE DELUQUEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-32685096 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-06-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-07-25 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-06-14 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2023-06 |
| PERIODO SALUD: | 2023-06 |
| NUMERO PLANILLA: | 26489008 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 26489008 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 2.280.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.000 | $ 285.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 2.280.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 55.600 | $ 55.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 340.600 | $ 340.600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 24/08/2023 |