| FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | |
|---|---|
| A. INFORMACION GENERAL | |
| NÚMERO DEL INFORME: | No. 002 |
| FECHA: | Abril 10 de 2024 |
| CONTRATO No. | PSP-001 DE 2024 |
| ID DEL CONTRATO EN EL SECOP: | CO1.PCCNTR.5903251 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN ANGÉLICA CORREA CÁRDENAS |
| No. DE IDENTIFICACIÓN: | 26.671.538 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestación de Servicios Profesionales de apoyo a la Gestión para asesorar la Dirección Administrativa en la Contraloría Municipal de Soledad |
| VALOR DEL CONTRATO: | $19.140.000 |
| No. CDP | T06240012 |
| No. CRP | T09240024 |
| PLAZO DEL CONTRATO: | Cinco (5) meses y veinticuatro (24) días |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | Febrero 07 de 2024 |
| No. PAGO: | Pago dos (02) |
| No. DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9464121711 |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO: | JINET POLANCO CAREY |

**B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

| ITEM | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*) |
|---|---|
| 1. | Apoyó con la modificación del PAA en la plataforma Secop II, inclusión de nueva línea de contratación cuyo objeto es: *"Prestar servicios profesionales para apoyar y tramitar con mayor celeridad las gestiones jurídicas de los procesos ordinarios y verbales desarrollados en la Dirección de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría Municipal de Soledad".* |
| 2. | Apoyó con la validación y publicación de la modificación del PAA por parte del ordenador del gasto. |
| 3. | Apoyó con la verificación hoja de vida Jorge Iván Sánchez cumplimiento requisitos mínimos para contratar Servicios profesionales para apoyo en Asuntos Fiscales. |
| 4. | Apoyó con la elaboración de documentos precontractuales y contractuales proceso contratación servicios Personales para apoyo de Asuntos Fiscales, contrato PSP-005-2024. |

| | |
|---|---|
| **5.** | Apoyó con la elaboración de contrato PSP-005-2024 - PSP-003-2024 en la plataforma del Secop II. |
| **6.** | Apoyó con la elaboración y cargue de la información en la plataforma del Secop II |
| **7.** | Apoyó con la elaboración del actas de inicio de los contrato PSP-004-2024 - PSP-005-2024 y el cargue de las misma en la plataforma del Secop II. |
| **8.** | Apoyó con la verificación y cargue en Secop II de comprobantes de pago a los contratos: - PSP-001-2024 - PSP-002-2024 - PSP-003-2024. |
| **9.** | Apoyó con la solicitud de documentos postcontractuales del contrato PSP-004-2024, certificación bancaria para Trámite de pago. |
| **10.** | Apoyo a la Dirección Administrativa y Financiera en la revisión de cuentas de cobro para trámite de pago de los contratos: - PSP-002-2024 - PSP-003-2024. |
| **11.** | Apoyó con la validación de las facturas, documentos legales y pago de estampillas departamentales y municipales para trámite de pago OC vigencia 2023. - OC 123176 y 122848, Proveedor Ferricentros - OC 122816, Proveedor Veneplast - OC 102923, 102963 y 103138, Proveedor Proveer |

**C. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1. Que a la fecha he cumplido con las actividades establecidas en el contrato.
2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, fueron cancelados en su totalidad, de los cuales anexo al presente informe.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debida y legalmente pagados por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

**D. PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|---|
| Número de la Planilla | 9464121711 |
| Valor cancelado: | $1.369.900 |
| Fecha del Pago: | 07/03/2024 |
| Periodo de Pago: | 2024-03 |
| Empresa Prestadora de Salud: | Sanitas |
| Fondo de Pensiones: | Colpensiones |
| Aportes a Riesgos Laborales: | Positiva |
| Operador: | Planilla cancelada a través de Aporte en línea |

**E. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR**

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **1.** | El contrato se encuentra debidamente legalizado | **X** | |
| **2.** | Los impuestos que debe cancelar el contratista para la legalización del mencionado contrato fueron cancelados en su totalidad por el contratista. | **X** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. | El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar. | X | |
| 4. | En la Dirección Administrativa y Financiera reposa el respectivo informe de actividades conprevia certificación del cumplimiento. | X | |
| 5. | Que el contratista da cumplimiento con sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo de 2024. La presente certificación se Expide en Soledad Atlántico, a los diez (10) días del mes abril de 2024.

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA EN LA QUE EL CONTRATISTA PRESTA SU SERVICIO (SUPERVISOR) | JINET POLANCO CAREY |