Informe de Supervisión No:	*05*
Contrato No:	*202400096*

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	*KAREN MARIA RICARDO CHAMORRO*		
Identificación:	*C.C 1.129.537.298*		
Tipo de Contrato:	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS*		
Nombre del Supervisor:	*CLAUDIA PATRICIA ROJAS BLANCO, SUBSECRETARIA DE RENTAS*		
Objeto del Contrato:	*"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TRIBUTARIA EN LA SUBSECRETARIA DE RENTAS, ADSCRITA A LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ENCOMENDADAS"*		
Plazo de Ejecución:	*OCHO (8) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	**202400211**	**Fecha de C.D.P.**	**02/02/2024**
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	**202400268**	**Fecha del R.P.**	**14/02/2024**

Valor del Contrato

Contrato Inicial	**$ 40.000.000**
Adición 1	$
Adición 2	$
Adición 3	$
Total	**$ 40.000.000**

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
14/02/2024	13/10/2024		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO
(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR ($)	OBSERVACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.

Aseguradora	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	Amparos	Vigencia	
				Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)
N/A	N/A	N/A	Calidad del servicio	N/A	N/A
			Cumplimiento	N/A	N/A
			Anticipo	N/A	N/A
			Pago anticipado	N/A	N/A
			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A	N/A
			Salarios y prestaciones	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	Otros	N/A	N/A

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		**$ 40.000.000**
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$ 40.000.000**
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 25.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 15.000.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 5.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**05**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 14 DE JUNIO AL 13 DE JULIO DE 2024.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Detalle de las Actividades Realizadas	
Obligación	**Producto**
* Brindar acompañamiento en la gestión del Impuesto de Registro y estampillas Pro Desarrollo - Pro Hospital 1 y 2.	* Aprobación de las liquidaciones de las Estampillas Pro-Hospitales de primer y segundo nivel de atención, Pro-Desarrollo e Impuesto de Registro que recaen sobre actos o negocios jurídicos que conlleven a la afectación de bienes inmuebles sujetos a registro ante las oficinas de instrumentos públicos de Barranquilla y Sabanalarga, a través del aplicativo VUR implementado por el departamento para la reducción de trámites y a favor de nuestros contribuyentes. Para el periodo comprendido entre el 14/06/24 al 13/07/24 para Impuesto de Registro y Estampilla Pro-Desarrollo revisé 29 Registros, de los cuales aprobé 15 y denegué 14. En las Liquidaciones de Estampilla Pro-Hospitales de Primer y Segundo Nivel revisé 24 Registros, de los cuales aprobé 23 y denegué 1.
* Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del Contrato.	* Apoyo en la atención a los Contribuyentes de la Estampilla Pro-Hospital, Estampilla Pro-Desarrollo e Impuesto de Registro. * Apoyo en la suscripción de convenio interadministrativo entre Departamento y Gestor Catastral.

NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.
(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)

6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

CLAUDIA PATRICIA ROJAS BLANCO, quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla , certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
01	75548803	13 de Marzo de 2024	$580.500
02	76222741	15 de Abril de 2024	$580.500
03	76560828	8 de Mayo de 2024	$580.500
04	77920499	14 de Junio de 2024	$580.500
05	78613352	15 de Julio de 2024	$580.500
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		**$2.902.500**

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los **15** días del mes de **Julio** de **2024.**

CLAUDIA PATRICIA ROJAS BLANCO
C.C. 32.802.512 de Galapa
SUBSECRETARIA DE RENTAS
SUPERVISOR

KAREN MARIA RICARDO CHAMORRO
C.C. 1.129.537.298 de Bquilla.
CONTRATISTA

Revisado por: Sol Herrera Clavijo