	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	DIPUTADO	Fecha:	27/9/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$55,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,500,000.00
Número:	CPS-ASDB-040	Fec. Suscripción:	Feb 27 2024	Fecha de iniciación:	Feb 27 2024
N° CDP:	22	Fecha:	Feb 7 2024	Fecha de terminación:	Dic 26 2024
N° RP:	56	Fecha:	Feb 27 2024	Duración:	Meses 10 Días 0
Rubro Presupuestal:	Honorarios			Periodo a pagar:	Ago 27 2024 - Sep 26 2024
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAEN LA UNIDAD DE APOYO NORMATIVO DEL DIPUTADO KAREN CURE CORCIONE

FORMA DE PAGO: LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR pagará al contratista el valor del contrato en CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($55.000.000) MENSUALIDADES vencidas por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($5.500.000) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. Los anteriores valores se pagarán previa entrega de los informes previstos por LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. PARÁGRAFO: Para la cancelación de cada uno de los honorarios anteriormente descritos el contratista deberá presentar el informe de las actividades realizadas en el periodo correspondiente, el recibo a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato y el pago de los aportes a Seguridad Social del mes correspondiente al periodo en el cual se ejecutaron las actividades, según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	45476866-8	DV.	
Dirección:	manga calle 25·20-378 edificio soficrys								
Número de Teléfono:	FAX:					CEL.	3005539391		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:		Banco:	.	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **SIMPLIFICADO**

He verificado de esta información frente al RUT: SI: x NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Sep 27 2024

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Cumplí con algunas obligaciones del presente contrato

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$275,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$0.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		4566551083		Comprobante de pago Número:		4566551083	
Fecha de pago:		Sep 27 2024		Fecha de pago:		Sep 27 2024	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$11,500.00	Periodo	SEPTIEMBRE	adjunto con la evidencia el Acto administrativo de reconocimiento de pensión y SOLICITO QUE MIS HONORARIOS SEAN CANCELADOS CON UN CHEQUE GIRADO A MI NOMBRE
Comprobante de pago Número:		4566551083		
Fecha de pago:		Sep 27 2024		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Anexos: Copia de aporte de pensión **NO** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: EF3C5994-2E2E-4937-AF96-02BA3AAD7C34

NOMBRE CONTRATISTA: DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO

C.C.: 45476866-8

FIRMA SUPERVISOR 13242D4F-DDFC-4A02-9A30-B9F6E9DEC676

NOMBRE SUPERVISOR: KATERINE GARCIA MARRUGO

CARGO: SECRETARIO GENERAL

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS**	**CODIGO: S-003** **Versión: 1.01** **Fecha: 19/05/2017**

Cartagena de Indias D.T. y C., Sep 27 2024

DIPUTADO

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Ago 27 2024 - Sep 26 2024, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO
Identificación:	45476866-8

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	CPS-ASDB-040	**Fec. Suscripción:**	Feb 27 2024	**Fecha de iniciación:**	Feb 27 2024
	Duración:		**Meses:** 10	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Dic 26 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAEN LA UNIDAD DE APOYO NORMATIVO DEL DIPUTADO KAREN CURE CORCIONE					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Prestar sus servicios Profesionales en lo concerniente a sus conocimientos con el fin de brindar asesoría administrativa, contable y/o financiera cuando sea requerido por la UAN de la Diputada Karen Cure Corcione	Apoye manteniendo organizada y ordenada toda la documentación de la oficina de la Diputada, mantuve coordinada los días de reuniones con la unidad de apoyo normativo, con el fin de darle seguimiento al estudio de los diferentes proyectos en estudio.
2. Planificar, organizar y diseñar los informes que le sean requeridos por la UAN.	Mantuve ordenada de manera sincrónica los diferentes informes en plantilla Excel con el fin de agilizar el estudio de los mismos.
7. Prestar de manera oportuna informe de actividades mensuales al supervisor con todos los soportes e ir actualizándolo en el SECOP II y la plataforma que maneje la corporación para la presentación de las cuentas de cobro.	Presente oportunamente mi cuenta para la cancelación de mis honorarios, aporto evidencias y documentación requerida por el Supervisor de contratos y estuve atenta de subir toda la documentación de mi cuenta en la plataforma SECOP II, cumpliendo así todos los términos establecidos para el proceso de mi cuenta.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

EF3C5994-2E2E-4937-AF96-02BA3AAD7C34

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO**

C. C. : **45476866-8**

LA DIPUTADA DE LA HONORABLE ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR

CERTIFICA:

La contratista; **DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO,** identificada con **CC.N° 45476866,** de Cartagena -Bolívar, cumplió a satisfacción con las obligaciones contractuales descritas en contrato **CPS-ASDB-040,** como prestar los servicios profesionales como administrador de empresa en la unidad de apoyo normativo del Diputado Karen Cure Corcione, el referido contrato fue celebrado legalizado, y perfeccionado el 27 de febrero 2024.

Que, durante el periodo comprendido entre el 27 de agosto 2024 al 26 de septiembre 2024, el contratista realizo las siguientes actividades:

ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS:

1. **Prestar sus servicios Profesionales en lo concerniente a sus conocimientos con el fin de brindar asesoría administrativa, contable y/o financiera cuando sea requerido por la UAN de la Diputada Karen Cure Corcione.**
   Apoyo manteniendo organizada y ordenada toda la documentación de mi oficina, mantuvo coordinada los días de reuniones con la unidad de apoyo normativo, con el fin de darle seguimiento al estudio de los diferentes proyectos en estudio.

2. **Planificar, organizar y diseñar los informes que le sean requeridos por la UAN.**
   Mantuvo ordenada de manera sincrónica los diferentes informes en plantilla Excel con el fin de agilizar el estudio de los mismos.

7. **Prestar de manera oportuna informe de actividades mensuales al supervisor con todos los soportes e ir actualizándolo en el SECOP II y la plataforma que maneje la corporación para la presentación de las cuentas de cobro.**
   Presento oportunamente su cuenta para la cancelación de sus honorarios, aporto evidencias y documentación requerida por el Supervisor de contratos y estuvo atenta de subir toda la documentación de su cuenta en la plataforma SECOP II, cumpliendo así todos los términos establecidos para el proceso de su cuenta.

Como constancia se firma la presente, en la ciudad de Cartagena de indias, D. T.,yC., a los 27 días del mes de septiembre del 2024.

Atentamente

KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE
DIPUTADA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	45476866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MANGA CALLE REAL	TELÉFONO:	6450863
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración empresarial.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4566551083**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990128507

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 275.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 275.000	$ 0	$ 0	$ 275.000
SUBTOTALES:													**$ 275.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 275.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.500	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:									**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 45476866	NAVAS PAJARO DIGNA EMERITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 2.200.000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.200.000	$ 275.000	$ 0	$ 275.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.200.000	45476866	$ 11.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 286.500**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14977791845

(415)7707212489984(8020) 000001497779184 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 5 4 7 6 8 6 6	8	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 5 4 7 6 8 6 6	1 9 8 6 0 6 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVAS	PAJARO	DIGNA	EMERITA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR MANGA CL 25 20 378

42. Correo electrónico: dignapa@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 5 3 9 3 9 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 1 0	2 0 2 0 0 7 0 3	7 4 9 0	2 0 2 0 0 7 0 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 01 / 17 : 03: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NAVAS PAJARO DIGNA EMERITA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cartagena de Indias D.T., y C., 27 de septiembre del 2024

Señores:
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR
PRESIDENTE Y PROFESIONAL UNIVERSITARIO
La Ciudad

Por medio del presente solicito que el servicio prestado en el periodo comprendido entre el 27 de agosto del 2024 al 26 de septiembre del 2024, en virtud del contrato **CPS-ASDB-040,** cuyo objeto contractual es,prestar los servicios profesionales como administrador de empresa en la unidad de apoyo normativo del Diputado Karen Cure Corcione, suscrito el día 27 de febrero del 2024, me sea cancelado por medio de un cheque girado a mi nombre
.

Atentamente;

DIGNA EMERITA NAVAS PAJARO
CC 45476866

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARÍA DE HACIENDA
CERTIFICADO DE PAGO

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2024-09-27 11:11:29

Recibo Oficial:	**240901998530**
Contribuyente:	45476866 - DIGNAEMERITA NAVASPAJARO
Fecha de Pago:	27 Sep 2024
Entidad Recaudadora:	12 - Banco Gnb Sudameris
Renta:	1002 - Estampilla Departamental
Valor Base de Liquidacion:	$ 5.500.000

Renta	Conceptos Liquidados	Valor Pagado	Estado
1002 - Ops - Orden De Prestacion De Servicios	Estampilla Para Bienestar Del Adulto M	$ 110.000	Pagado
1002 - Ops - Orden De Prestacion De Servicios	Estampilla Pro-Cultura	$ 110.000	Pagado
1002 - Ops - Orden De Prestacion De Servicios	Estampilla Pro-Desarrollo	$ 110.000	Pagado
1002 - Ops - Orden De Prestacion De Servicios	Derechos De Sistematización	$ 37.518	Pagado
	Total	**$ 367.518**	**Pagado**

FIN DEL CERTIFICADO


SECRETARIO
GENERAL


MINUTOS