INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 2

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6668234 del 26 de agosto de 2024
CONTRATISTA:	**KELLY PAOLA REMOLINA MANOSALVA**
Nit o C.C. No.	1098671690
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON ESPECIALIZACIÓN EN LA OFICINA DE CONTRATACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER
VALOR INICIAL:	$19,250,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	**$19,250,000.00**
ANTICIPO INICIAL:	$
ANTICIPO ADICIONAL:	$
ANTICIPO TOTAL:	**$**
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	0.00
PLAZO INICIAL:	CIENTO CINCO (105) - DÍAS CALENDARIO
PLAZO ADICIONAL:	
PLAZO TOTAL:	**105**
SUPERVISOR:	**YULIETH CAMILA LOPEZ NIÑO**
Acto Administrativo de Supervisión:	21 DE AGOSTO DE 2024
INTERVENTOR:	N/A
Acto Administrativo de Interventoría:	N/A
FECHA DE INICIACIÓN:	06 de septiembre de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	20 de diciembre de 2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN
ACTAS DE REINICIO

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
OFICINA GESTORA:	SECRETARIA ADMINISTRATIVA

VALOR A PAGAR:	**$ 5,500,000.00**	**Cobros realizados:** (incluyendo el actual)	**N° 2**	**de**	**4**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**06/10/2024**	**Hasta:**	**05/11/2024**

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 2	$ 5,500,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 5,500,000.00**

OBSERVACIONES AL ACTA: (estas observaciones son las digitadas al generar la cuenta desde el Portal de Tramite de cuentas de Guane, cuando tenga una condición atípica en su cuenta).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Apoyar en la elaboración de los documentos referentes a la contratación pública requeridas por las diferentes dependencias del Departamento de Santander.	Apoye en la elaboración de los documentos referentes a contratos de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión y de Profesionales requeridos por las diferentes dependencias del Departamento, los cuales relaciono a continuación: ○ JAIME ENRIQUE PEÑA ○ LAURA ANDREA CASTRO BARBOSA ○ LIZETH STEFANY BOHORQUEZ Apoye en la elaboración de los documentos adicionales de los siguientes contratistas: ○ ANA LUCIA MURGAS CASTRO ○ LUDY YANETH DIAZ GUTIERREZ ○ ANGELA PATRICIA HERNANDEZ ○ ADRIANA PAOLA PATARROYO	Anexo imagen de la planilla de reparto.
2.	Proyectar documentos de carácter jurídico en materia de contratación pública para contestar o resolver los requerimientos y/o solicitudes que sean allegados por los diferentes canales de correspondencia a la oficina de contratación del departamento.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.
3.	Brindar acompañamiento cuando sea requerido por el supervisor a las audiencias en materia de contratación pública que se adelantan en las diferentes dependencias del departamento, así como también formar parte de los comités de evaluación que le sean asignados.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.
4.	Asistir a reuniones programadas por parte del supervisor del contrato.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.	Durante este periodo de tiempo no realice esta actividad.
5.	Presentar informes mensuales sobre las diferentes actividades desarrolladas de conformidad con el Objeto Contractual y realizar el trámite correspondiente al pago del servicio prestado dentro de los 5 días siguientes al cumplimiento del periodo a cobrar.	Realicé el Informe de actividades del Contratista No. 02 para el periodo correspondiente del 6/10/2024 al 5/11/2024 dentro del término concedido; realizando así mismo el pago de seguridad de OCTUBRE del 2024.	Anexo evidencia el correspondiente informe
6.	Las demás obligaciones que sean requeridas por el supervisor en concordancia con el objeto contractual.	Realice apoyo en las actividades de archivo.	Anexo imágenes de las planillas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	OCTUBRE DE 2024	No Aplica
	Fecha de pago	25-10-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7943615327	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$2.200.000	No Aplica
	Valor cotizado	$275.000	No Aplica
	EPS	SALUD MIA EPS	No Aplica
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	OCTUBRE DE 2024	No Aplica
	Fecha de pago	25-10-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7943615327	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$2.200.000	No Aplica
	Valor cotizado	$352.000	No Aplica
	Fondo de Pensiones	PORVENIR	No Aplica
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	OCTUBRE DE 2024	No Aplica
	Fecha de pago	25-10-2024	No Aplica
	Nº de Planilla	7943615327	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	$2.200.000	No Aplica
	Valor cotizado	$11.500	No Aplica
	A.R.L.	POSITIVA	No Aplica
PARAFISCALES	SENA	No Aplica	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica	No Aplica
VALOR TOTAL PAGADO		**$638.500**	**$0.00**

Nota: Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para tramite de pago, a los 06 días del mes de noviembre de 2024.

Firma del Contratista
NOMBRE: KELLY PAOLA REMOLINA MANOSALVA
IDENTIFICACION No. 1098671690
CORREO: Kellypaola1172@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO: 300 6689951