MUNICIPIO DE VALLEDUPAR				PAGINA	1-2
SECRETARIA DE OBRAS PUBLICA					
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	7	**FECHA (DÍA/MES/AÑO)**		04/09/2024	
INFORMACIÓN GENERAL					
CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIO (MARCAR X DONDE CORRESPONDA)**	**DE APOYO A LA GESTION**			
		HONORARIOS PROFESIONALES		X	
	NUMERO DEL CONTRATO	0005	**FECHA VER SECOP (DIA/MES/AÑO)**	1/02/2024	
CONTRATANTE	**MUNICIPIO DE VALLEDUPAR**		**NIT.**	800.098.911-8	
CONTRATISTA	**NOMBRE**	ANDREA CAROLINA JORDAN ARAGÓN			
	C.C.	1.065.834.749			
VALOR DEL CONTRATO ($)	38.620.833		**BASE GRAVABLE**	38.620.833	
			IVA (19%)	NO APLICA	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE OBRAS PUBLICAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR				
FORMA DE PAGO	EL MUNICIPIO pagará el valor del contrato de la siguiente manera: DIEZ (10) pagos por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($ 3.565.000) MCTE, y un pago final por valor DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($ 2.970.833) MCTE de previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato, informe de supervisión, informe de actividades, pago de seguridad social integral (Salud, Pensión y ARL) por parte del contratista y la respectiva cuenta de cobro; en todo caso, de acuerdo con la distribución y asignación del PAC efectuados por la Secretaría de Hacienda Municipal.				
PLAZO DEL CONTRATO	10 MESES Y 25 DIAS				
DATOS PRESUPUESTALES		**NUMERO**	**EXPEDIDO (DIA/MES/AÑO)**	**VALOR**	
CERTIFICADO DE DISPONIIBILIDAD PRESUPUESTAL	**CDP**	251	25/01/2024	39.215.000	
REGISTRO PRESUPUESTAL	**RP**	301	2/02/2024	38.620.833	
POLIZAS (DILIGENCIE DONDE CORRESPONDA)	**NO APLICA POLIZA (MARQUE X)**			X	
	SI APLICA POLIZA	**NUMERO**			
		FECHA DE EXPEDICION (DIA/MES/AÑO)			
FECHA APROBACION POLIZA EN EL SECOP			**DIA/MES/AÑO**		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO - VER SECOP (DIA/MES/AÑO)			2/02/2024		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**NOMBRE**	LAYONEL DAVID ARENAS DIAZ			
	CARGO - AREA	SECRETARIO DE OBRAS PUBLICAS			
ESTAMPILLAS MUNICIPALES					
ESTAMPILLAS	**NÚMERO DE RECIBO**	**FECHA DE PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**DECRETO 000110 DEL 5 DE FEBRERO DE 2024 (MARQUE X)**		
PRO-UNICESAR (0,5%)			X		

PRO-CULTURA (2%)				**X**
BIENESTAR ADULTO MAYOR (4%)				**X**

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

ESTAMPILLA	**NÚMERO DE RECIBO**	**DIA/MES/AÑO**
PRO-DESARROLLO FRONTERIZO (1.5%)	32024010285	12/04/2024

INFORME SUPERVISION No.	**7**	**CONTRATO**	**0005**	**PAGINA**	**2-2**
FECHA (DIA/MES/AÑO)	**04/09/2024**	**CONTRATISTA**	**ANDREA CAROLINA JORDAN ARAGÓN**		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

COMO SUPERVISOR VERIFIQUÉ QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD Y PENSIÓN) Y AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (ARL); DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES. SE ANEXAN PLANILLAS PAGADAS REFERENCIADAS A CONTINUACIÓN.

MES DE LA PLANILLA	**CONCEPTO**	**NUMERO DE PLANILLA**	**DIA/MES/AÑO**
AGOSTO	**PENSION**	9471860061	3/09/2024
	SALUD	9471860061	3/09/2024
	ARL	9471860061	3/09/2024
	PENSION		
	SALUD		
	ARL		
SI EL CONTRATISTA NO PAGA PENSION DEBE JUSTIFICAR Y ANEXAR COPIA DEL SOPORTE	**MOTIVO**		
	ANEXAR SOPORTE		

IMPRESIÓN RUT 2024 (MARCAR SI O NO, SEGÚN CORRESPONDA LA RESPONSABILIDAD)	**RESPONSABLE DE IVA (MARQUE SI O NO)**	**NO**
	FACTURADOR ELECTRONICO (MARQUE SI O NO)	**NO**
	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION (MARQUE SI O NO)	**NO**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIDO A ENTERA SATISFACCIÓN

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO, DOY FE DE LA VERACIDAD Y AUTENTICIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL INFORME DE ACTIVIDADES Y DE LOS DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN PARA EL PAGO; RAZÓN POR LA CUAL, CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A ENTERA SATISFACCIÒN CON EL DESARROLLO Y EJECUCIÒN DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES DERIVADAS DEL OBJETO DEL CONTRATO, DURANTE EL PERÍODO REFERIDO A CONTINUACIÓN.

PERIODO COMPRENDIDO Y VALOR A PAGAR

BASE GRAVABLE	3.565.000	**FECHA INICIA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)**	**2/08/2024**
(+) IVA 19%		**FECHA FINALIZA ACTIVIDADES (DIA/MES/AÑO)**	**1/09/2024**
(=) TOTAL	3.565.000		

COMO SUPERVISOR ORDENO SE EFECTUE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATISTA, POR LA SUMA ($) DE:	**3.565.000**

SUPERVISOR CONTRATO	**FIRMA**	
	NOMBRE	**LAYONEL DAVID ARENAS DIAZ**
	CARGO	SECRETARIO DE OBRAS PUBLICAS

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA - PERSONA NATURAL

NO RESPONSABLE DE IVA

Consecutivo No.	**7**	**Fecha de expedición (día/mes/año)**	**04/09/2024**

ADQUIRENTE DE LOS BIENES O SERVICIOS

Cliente - NIT	**Municipio De Valledupar**	**NIT: 800.098.911-8**
Dirección	**Carrera 5 Nº 15-69, Plaza Alfonso López**	**Teléfono: 5 84 24 00**

PRESTADOR DEL BIEN O SERVICIO

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANDREA CAROLINA JORDAN ARAGÓN**			
Documento de identidad	**1.065.834.749**			
Residencia	**Dirección**	CARRERA 44 NUMERO 6A - 22		
	Barrio - ciudad	LA NEVADA, VALLEDUPAR		
Teléfono	**Fijo**		**Celular**	3052349451
Correo electrónico	dra.andreajordan@gmail.com			

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO	**MARQUE SI O NO**
Dando cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto Reglamentario 2231 del 22/12/2023, expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público**, manifiesto bajo la gravedad de juramento que**: Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales que no provienen de una relación laboral. En mi depuración del impuesto sobre la renta NO usaré costos o deducciones asociados a dichas rentas y sí la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del E.T.	**SI**

Declarante de renta (marcar si o no)	SI	

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato	**0005**	**Fecha de aprobación del contrato en el Secop (día/mes/año)**	**01/02/2024**

CONCEPTO DEL BIEN O SERVICIO PRESTADO (OBJETO DEL CONTRATO)

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE OBRAS PUBLICAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR.

PERIODO COMPRENDIDO (PERIODO A COBRAR)

Fecha en que inician las actividades	**Día/mes/año**	**02/08/2024**
Fecha en que finalizan las actividades	**Día/mes/año**	**01/09/2024**

VALOR ($) A COBRAR

Valor en números	**3.565.000**

Andrea C. Jordan

FIRMA DEL CONTRATISTA

CUENTA BANCARIA	
Entidad bancaria	**BANCOLOMBIA**
Cuenta de ahorro No.	**52491596678**
Cuenta Corriente No.	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065834749		JORDAN ARAGON ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 44 # 6 a - 22	VALLEDUPAR-CESAR	3052349451	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	887814728	9471860061	I	2024/09/11	2024/09/03	BANCOLOMBIA	0	$420,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1065834749	JORDAN ARAGON ANDREA CAROLINA																		230301	30	$1,450,000	$232,000	EPS002	30	$1,450,000	$181,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,450,000	$7,600	0	$0	$0	No	$420,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,450,000	$232,000			$1,450,000	$181,300			$0	$0			$1,450,000	$7,600		$0	$0		$420,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065834749		JORDAN ARAGON ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 44 # 6 a - 22	VALLEDUPAR-CESAR	3052349451	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	887814728	9471860061	I	2024/09/11	2024/09/03	BANCOLOMBIA	0	$420,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,000	$0	$0	$232,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$232,000	$0	$0	$232,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,600	$0	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,600	$0	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$181,300	$0	$0	$181,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$181,300	$0	$0	$181,300
TOTAL				**1**	**$420,900**	**$0**	**$0**	**$420,900**