Soledad, 8/11/2024

Cuenta No. 003

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO
Nit. 890.106.291-2

Debe a:

Amparo Teresa Arraut Escorcia
CC. No. 1.042.445.094 expedida en Soledad

La suma de: **CUATRO MILLONES MIL PESOS M/L ($4.000.000)**

Por concepto **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL.** Correspondiente al pago comprendido del 29 de Septiembre de 2024 al 28 de octubre de 2024

Contrato No. SP-CD-2024-C0681

Valor en letras: cuatro millones de pesos.

Número de contacto: 3014516394
Consignar a la cuenta:N°0505048841026583 de Banco Davivienda

Atentamente,

Amparo Teresa Arraut Escorcia
C.C. 1.042.445.094 expedida en Soledad.
Correo electrónico: marieses59@hotmail.com

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

06/11/2024

SOLEDAD,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora AMPARO TERESA ARRAUT ESCORCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1042445094**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488410265083**
Fecha de apertura	**17/10/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

FORMATO CON-2024
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

ALCALDÍA SOLEDAD

1. DENOMINACION DELCONTRATO	**INFORME No.**	**03**	
Contrato N°	**CPS-2024-C0681**		
Nombre del Supervisor	**YESENIA OCAMPO – SECRETARIA CULTURA (E)**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LAGESTION	Otro:	
Nombre del contratista	**AMPARO TERESA ARRAUT ESCORCIA**		
Identificación del contratista	**C.C 1.042.445.094**		
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA DIRECION Y GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL.**		
Plazo	3 MESES		
Numero de Certificado de DisponibilidadPresupuestal (C.D.P)	**062400592**	Fecha del CDP	11/07/2024
Número de Registro Presupuestal(R.P)	092401761	Fecha del RP	26/07/2024

Valor del contrato	Contrato Inicial	**$ $ 12.000.000**
	Adición 1	**$**
	Adición 2	**$**
	Total	**$ 12.000.000**

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia

			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			
Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de losbienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		**$ 12.000.000**
Adición No. 1		**$**
Valor Total del contrato		**$ 12.000.000**
Porcentaje del Anticipo	$	
Porcentaje del Pago anticipado	$	
Valor Ejecutado del Contrato		**$12.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 4.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**03**

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE ALMES DE**
Salud	12.5%	**$275.000**	SEPTIEMBRE 2024

FORMATO CON-2024
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

ALCALDÍA
SOLEDAD

			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			
Anticipo	N/A			
Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de losbienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		**$ 12.000.000**
Adición No. 1		**$**
Valor Total del contrato		**$ 12.000.000**
Porcentaje del Anticipo	$	
Porcentaje del Pago anticipado	$	
Valor Ejecutado del Contrato		**$12.000.000**
Valor por ejecutar		**$ 0**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 4.000.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**03**

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE ALMES DE**
Salud	12.5%	**$275.000**	SEPTIEMBRE 2024

FORMATO CON-2024
INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

ALCALDÍA SOLEDAD

ACTIVIDAD 4 Presentar mensualmente y cuando sea requerido informe detallado por escrito al supervisor del contrato, de la gestión de actividades realizadas en cumplimiento de su objeto a contratar	Se le presento a la secretaria de cultura informaciónrequerida de lasactividades ejecutadas durante el periodo a facturar
ACTIVIDAD 5 **Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contratoy que tengan relación directa con el objeto del contrato**	EL 30 de septiembre de 2024. Se revisó acta de Reinicio n del Convenio de AsociaciónN SG-CA-2024-018
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas sonlos siguientes: 1. Formatos de proyecto 2. Acta de reinicio	

FIRMA DEL SUPERVISOR		**FIRMA DEL CONTRATISTA**	
Identificación:	C.C 22.460.728		
Teléfono:	3002023890		
Dirección:	CALLE 41 No. 16 -27 Barrio La Ilusión Soledad, Atlántico		
Fecha del Informe	08/11/2024		

INFORME DE ACTIVIDADES No. 03	
INFORMACION GENERAL	
CONTRATO No.	CPS-2024-C0681
OBJETO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA DIRECION Y GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL.**
PERIODO	29 de Septiembre de 2024-28 de Octubre de 2024
CONTRATISTA	AMPARO TERESA ARRAUT ESCORCIA
IDENTIFICACION	1.042.445.094
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**
1. Asesorar jurídicamente a la Secretaria de Cultura en todos los temas jurídicos y preparar los documentos jurídicos necesarios.	El día 30 de Septiembre de 2024, se asesoró en el diligenciamiento de los formatos del proyecto "implementación del plan de conservación y mantenimiento preventivo del bien inmueble de interés cultural (BIC) casa MUSEO SIMON BOLIVAR incluyendo su fondo museográfico, inmobiliario Soledad-Atlántico con la Asesora MILENA VIDAL DONADO. EL día 2 de Octubre se asesoró en la continuación de diligenciamiento de losformatos ya anunciados.
2. Acompañar las reuniones de la Secretaria deCultura desde el punto de vista jurídico	Se asistió a dos reuniones con funcionarios de la Contraloría General de la Republica que se encontraban realizando auditoria a los Recursos del Sistema General de Participación los días 23 de Octubre y 25 de Octubre, en las instalaciones de la secretaria de cultura
3. Revisar y proyectar las respuestas a las PQRS recibidas en la Secretaria de Cultura de manera en medios físicos o electrónicos y/o virtuales, de	Se proyectaron 2 respuesta a derechos de peticiones asignados por la secretaría

manera oportuna en el marco de lo establecido en elCPACA	
4.}. Presentar mensualmente y cuando sea requerido informe detallado por escrito al supervisor del contrato, de la gestión de actividades realizadas en cumplimiento de su objeto a contratar **Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que tengan relación directa con el objeto del contrato**	Se le presento a la secretaria de cultura información requerida de las actividades ejecutadas durante el periodo a facturar EL 30 de septiembre de 2024. Se reviso acta de Reinicio n del Convenio de Asociación N SG-CA-2024-018
EVIDENCIAS (, evidencias documentales, telefónicas, correo, etc.)	

Firma:

CONTRATISTA: AMPARO TERESA ARRAUT ESOCIRCIA
C.C: 1.042.445.094

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042445094		ARRAUT ESCORCIA AMPARO TEREZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 # 18 -38 barrio centro soledad	SOLEDAD-ATLANTICO	3922318	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1019027164	9475178176	1	2024/11/26	2024/11/01	NEQUI	0	$638,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: **PRINCIPAL (1 Afiliados)**					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
1	CC	1042445094	ARRAUT AMPARO	25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS01D	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,200,000	$11,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,200,000**	**$352,000**			**$2,200,000**	**$275,000**			**$0**	**$0**			**$2,200,000**	**$11,500**		**$0**	**$0**

2024/10/31 10:07 PM

CONCEPTO	NUM. FACTUR	PERIODO	FECHA DE RADICACION	FECHA PAGO	VALOR FACTURADO	VALOR PAGO	VALOR ADEUDADO
SUBNORMALES	AES-5092	CUARTO TRIMESTRE 2019	7/02/2020		$ 856.235.964	$ -	$ 856.235.964
SUBNORMALES	FEL 72	TERCER TRIMESTRE 2022	1/11/2022		$ 821.912.890	$ -	$ 821.912.890
SUBNORMALES	FEL 82	CUARTO TRIMESTRE 2022	22/02/2023	8/11/2023	$ 782.156.715	$ 183.368.973	$ 598.787.742
SUBNORMALES	FEL 90	PRIMER TRIMESTRE 2023	2/05/2023		$ 883.218.523	$ -	$ 883.218.523
SUBNORMALES	FEL 97	SEGUNDO TRIMESTRE 2023	24/08/2023		$ 910.965.140	$ -	$ 910.965.140
SUBNORMALES	FEL-101	TERCER TRIMESTRE 2023	5/12/2023		$ 892.216.552	$ -	$ 892.216.552
SUBNORMALES	FEL-114	CUARTO TRIMESTRE 2023	1/03/2024		$ 912.561.796	$ -	$ 912.561.796

Ahorros

912-466373-05

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042445094		ARRAUT ESCORCIA AMPARO TEREZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 # 18 -38 barrio centro soledad	SOLEDAD-ATLANTICO	3922318	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1019027164	9475178176	I	2024/11/26	2024/11/01	NEQUI	0	$638,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				1	$638,500	$0	$0	$638,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042445094		ARRAUT ESCORCIA AMPARO TEREZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 # 18 -38 barrio centro soledad	SOLEDAD-ATLANTICO	3922318	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	9472476884	9472476884	I	2024/10/23	2024/09/30	BANCO DE BOGOTA	0	$638,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
1	CC	1042445094	ARRAUT AMPARO	25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS010	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,200,000	$11,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0

2024/09/30 02:49 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042445094		ARRAUT ESCORCIA AMPARO TEREZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 # 18 -38 barrio centro soledad	SOLEDAD-ATLANTICO	3922318	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	9472476884	9472476884	I	2024/10/23	2024/09/30	BANCO DE BOGOTA	0	$638,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				1	$638,500	$0	$0	$638,500