Barranquilla, 15 DE JULIO DE 2024

CUENTA DE COBRO 004

LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

NIT 899.999.067

Debe a:

MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA

C.C 1.048.221.079

LA SUMA DE: CINCO MILLONES DE PESOS MCTE. ($5.000.000)

Por concepto de honorarios mensuales pactados, en el desarrollo del objeto contractual del contrato CGR-310 DE 2024, comprendido al periodo del 15 DE JUNIO al 14 DE JULIO DEL 2024.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco de Bogotá No. 310015672 a nombre de MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA.

Cordialmente,



MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA
C.C 1.048.221.079
Celular: 302 376 0096

EL SUSCRITO GERENTE DEPARTAMENTAL COLEGIADA ATLÁNTICO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

En calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. CGR - 310 de 2024, que MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA identificada con la ciudadanía No. 1.048.221.079, ha cumplido a entera satisfacción con el objeto del contrato "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA APOYAR LAS ACCIONES JURÍDICAS ADELANTADAS POR EL DESPACHO DE LA GERENCIA COLEGIADA DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO", durante el periodo comprendido entre el 15 DE JUNIO AL DÍA 14 DE JULIO DEL 2024.

Lo anterior, teniendo en cuenta el informe parcial de actividades presentado por el contratista.

Se anexan certificación pago planilla del mes de MAYO de 2024.

Esta certificación se expedido el 15 de JULIO de 2024.

JOSE MARIO OVALLE ROMERO
GERENTE DEPARTAMENTAL COLEGIADA DEL ATLÁNTICO
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2024

Yo, MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA **Contrato N°** 310-2024

Identificado (a):	NIT:		C.C:	☑	C.E:		Número:	1.048.221.079 D.V.	

Celular: 3023760096
Dirección: Calle 17 No. 13-32 Baranoa Atlántico.
Correo Electrónico mayrifontalvo@gmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2023** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$59´377.000** de pesos, **SI** ☑ **NO** ☐ soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3º. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4º. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	**SI** ☑	**NO** ☐
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	**SI** ☐	**NO** ☑
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación (Únicamente si en su RUT tiene la responsabilidad fiscal 47)	**SI** ☐	**NO** ☑

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 9468034720 **MES COTIZACION** Mayo **FECHA DE PAGO** 18/06/24

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	$ 280.000	$ 358.400	$ 11.700

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	**SI** ☐	**NO** ☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	**SI** ☐	**NO** ☑
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** **(pagados en el año inmediatamente anterior)** de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	**SI** ☐	**NO** ☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** **(pagados vigencia inmediatamente anterior)** de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	**SI** ☐	**NO** ☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **15** días del mes de **Julio** del año **2024**

Mayri Fontalvo P.

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: **MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA** Contrato No. : **310 DE 2024**

Identificado (a):	NIT:		CC:	✓	CE:		Número:	1.048.221.079	D.V.	

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :		No :	✓
1.2 Crédito Compartido	Si :		No :	✓

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

2. Información por pagos de salud

2.1 Certificación Adjunta	Si :		No :	✓

3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☐

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 15 del mes de Julio del año 2024

Mayri Fontalvo P.

Firma

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

ALCANCE AL INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

NÚMERO DE CONTRATO	CGR-310-2024
CONTRATISTA	MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA
IDENTIFICACIÓN	1.048.221.079
OBJETO	Prestación de Servicios Profesionales como abogado para apoyar las acciones jurídicas adelantadas por el despacho de la Gerencia Colegiada Departamental del Atlántico.
PLAZO DE EJECUCIÓN	22 DE AGOSTO DE 2024.
FECHA DE INICIO	15 DE MARZO DE 2024
VALOR DEL CONTRATO	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($27.000.000)
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	CUARTO (4)

MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA, en calidad de contratista del contrato No. 310 del 15 de marzo de 2024 suscrito con la Contraloría General de la República, describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del contrato para el período comprendido entre 15 de junio al 14 de julio de 2024 así:

No.	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN
1	Apoyar jurídicamente a la Gerencia Departamental Colegiala de Atlántico, en la revisión, análisis y preparación de respuestas a las peticiones, denuncias y solicitudes que sean asignadas por el supervisor del contrato.	Apoyar jurídicamente en el análisis del SGD2024ER0095614. Apoyar en el análisis del SGD2024IE0052675 – memorando interno No 2.
2	Apoyar en la revisión de los trámites y solicitudes administrativas y jurídicas del Despacho de la Gerencia y que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Apoyar en la revisión del SGD 2024IE0066937. Apoyar en la revisión del SGD2024IE0067455.
3	Apoyar las actividades de seguimiento previstas por la Gerencia Departamental Colegiala De Atlántico, en el desarrollo de sus funciones.	-
4.	Apoyar a la Gerencia en el seguimiento de los planes operativos y de mejoramiento que se adelanten.	Apoyar a la gerencia en la Rendición de la Cuenta Anual sobre la gestión fiscal -Vigencia 2023 (1/01/2023 al 31/12/2023) a la Auditoria General de la República.
5	Asistir a las reuniones y mesas de trabajo que le sean designadas por la Gerencia Departamental.	-
6	Las demás que determine el supervisor.	-

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

ALCANCE AL INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

NÚMERO DE CONTRATO	CGR-310-2024
CONTRATISTA	MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA
IDENTIFICACIÓN	1.048.221.079
OBJETO	Prestación de Servicios Profesionales como abogado para apoyar las acciones jurídicas adelantadas por el despacho de la Gerencia Colegiada Departamental del Atlántico.
PLAZO DE EJECUCIÓN	22 DE AGOSTO DE 2024.
FECHA DE INICIO	15 DE MARZO DE 2024
VALOR DEL CONTRATO	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($27.000.000)
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	CUARTO (4)

Igualmente, manifiesto que he dado cumplimiento con los pagos del Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes.

Fecha de expedición del presente informe: 16 de julio del 2024.

Cordialmente,

MAYRI ELVIRA FONTALVO PADILLA
C.C. 1.048.221.079 de Baranoa

Vo Bo.
José Mario Ovalle Romero
Gerente Departamental Colegiada Atlántico
Contraloría General de la República

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048221079		FONTALVO PADILLA MAYRI ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 # 14-67	BARANOA-ATLANTICO	8787826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	712941699	9468034720	I	2024/06/21	2024/06/18	BANCO DE BOGOTA	0	$650,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,240,000**	**$358,400**			**$2,240,000**	**$280,000**			**$0**	**$0**			**$2,240,000**		**$11,700**		**$0**	**$0**		**$650,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,240,000**	**$358,400**			**$2,240,000**	**$280,000**			**$0**	**$0**			**$2,240,000**		**$11,700**		**$0**	**$0**		**$650,100**
Ciudad: BARANOA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					**$2,240,000**	**$358,400**			**$2,240,000**	**$280,000**			**$0**	**$0**			**$2,240,000**		**$11,700**		**$0**	**$0**		**$650,100**
1	CC	1048221079 FONTALVO MAYRI																		25-14	30	$2,240,000	$358,400	EPS002	30	$2,240,000	$280,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,240,000	0.522%	$11,700	0	$0	$0	No	$650,100
Total	**Afiliados(1)**																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$11,700		$0	$0		$650,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048221079		FONTALVO PADILLA MAYRI ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 # 14-67	BARANOA-ATLANTICO	8787826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	712941699	9468034720	I	2024/06/21	2024/06/18	BANCO DE BOGOTA	0	$650,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$0	$0	$358,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$358,400	$0	$0	$358,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,700	$0	$0	$11,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,700	$0	$0	$11,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,000	$0	$0	$280,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$280,000	$0	$0	$280,000
TOTAL				**1**	**$650,100**	**$0**	**$0**	**$650,100**