FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

informe: Nota crédito (-): $ No. factura o cuenta de cobro:

II. **Ejecución contractual:** el informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso, se pueden verificar en la plataforma SECOP II, contrato No. **CD-02-2025-7089** así mismo, los documentos hacen parte del expediente contractual correspondiente.

III. Actividades de tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato. Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecidos en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo a las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

ELANIA SAURA REDONDO PEÑA quien actúa en nombre y representación del **DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA**, en calidad de supervisor, deja constancia de que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el estudio previo y la propuesta presentada, como también la verificación el pago de las estampillas distritales y departamentales, y de la acreditación del pago de seguridad social, para el período correspondiente.

Se firma en Barranquilla a los 14 días del mes de noviembre del 2025

ELANIA SAURA REDONDO PEÑA
32.766.071
Secretaria de Despacho
Secretaría de Gestión Humana
ereondop@barranquilla.gov.co

FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

Barranquilla, octubre de 2025

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Referencia: Certificación Retención en la Fuente

Yo, MARTHA **LUCIA ARIAS MARTINEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número **32.864.639** expedida en la ciudad de Soledad, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumplo con las condiciones previstas en el estatuto tributario para pertenecer a la categoría de 'empleado" en los términos en que la define el artículo 329 del EL, considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de- manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria b de cualquier otra naturaleza.

2. Que los pagos a recibir se enmarcan en la categoría (ti) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho artículo.

3. Que respecto del año gravable anterior (2024), tengo la condición de:
No Declarante (**X**)

4. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

5. Que solicito se tenga en cuenta para la DEPURACION DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCION, prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.	NOAPLICA	
2. Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. (Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA).	NO APLICA	
3. Pagos por Medicina Pre pagada o Seguros de Salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario, siempre que el valor a disminuir mensualmente, no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes.	NO APLICA	
4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes1 hasta un máximo de treinta y dos (32) UVE mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solícita esta deducción conforme á las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes.)	NO APLICA	

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren 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.	NO APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación en el mes de octubre de 2025 en dos ejemplares del mismo tenor.

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C. No. 32.864.639 de Soledad

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 32.864.639 expedida en Soledad, obrando en mi propio nombre y representación, para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere el artículo 2° del Decreto No. 0099 de 2013, bajo la gravedad del juramento,

CERTIFICO

Que las personas identificadas a continuación son dependientes económicamente a mi cargo:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EDINSON GUSTAVO PEREZ ARIAS	1.044.210.535	HIJO

En constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en el mes de octubre 2025

Atentamente

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C. NO.32.864.639 DE SOLEDAD
mluciaarias2@hotmail.com
Cel: 3012560071

FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

I. Datos generales del contrato

1. Denominación del contrato	**Informe No.:**	001				
Contrato No.:	CD-02-2025-7089					
Nombre del supervisor:	ELANIA SAURA REDONDO PEÑA					
2. De la etapa contractual						
Tipo de contrato:	Prestación de servicios: X	Obra	Consultoría	Suministro	Otro	
Nombre del contratista:	MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ					
No. de identificación del contratista:	32.864.639					
Objeto del contrato:	Prestar los servicios profesionales para apoyar el área de gestión humana en funciones específicas como asesoría jurídica, revisión de conceptos, apoyo en tramites laborales y administrativos y colaboración en la gestión personal, según loque establezca el contrato particular.					
Plazo:	El plazo para la ejecución del Contrato será hasta el 31 de diciembre del 2.025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993.					
Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P):	No.202502604 del 2 de septiembre de 2025.					
Número de Registro Presupuestal (R.P.):	CO1.SLCNTR.15958101					
Fecha de inicio del contrato (dd-mm-yyyy)	**01/10/2025**	**Fecha de suspensión (dd-mm-yyyy)**	**Fecha de reinicio (dd-mm-yyyy)**			
Fecha de terminación del contrato (dd-mm-yyyy)	31/12/2025					
Prorroga No. 1						
Prorroga No. 2						
Prorroga No. 3						
3. Garantías constituidas por el contratista (las solicitadas en el contrato)						
Amparos	**Aseguradora**	**No. de póliza**	**Vigencia**			

FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

			Desde (dd-mm-yyyy)	Hasta (dd-mm-yyyy)
Calidad del servicio:				
Cumplimiento:				
Anticipo:				
Pago anticipado:				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados:				
Salarios y prestaciones:				
Responsabilidad civil extracontractual:				
Otros:				
Nota: la vigencia deberá actualizarse acorde a las modificaciones de la póliza.				

4. Ejecución del contrato

Descripción	Valor
Valor del contrato inicial (IVA incluido en caso de que aplique):	$13.500.000
Adición No. 1	$
Adición No. 2	$
Adición No. 3	$
Valor total del contrato:	$
Porcentaje del anticipo: %	$
Porcentaje del pago anticipado: %	$
Valor ejecutado del contrato (incluye el presente cobro):	$
Valor por ejecutar (valor total del contrato – valor ejecutado del contrato):	$
Valor a pagar en el presente	$ 4.500. 000.oo

Barranquilla, noviembre 14 del 2025

Doctora
ELANIA REDONDO PEÑA
Supervisor
Ciudad

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES NO. 01 CORRESPONDIENTE A UN PRIMER PAGO DESE EL 1 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2025, DE ACUERDO AL CONTRATO NO. CD-02-2025-7089 DE PRESTACION DE SERVICIO

Cordial Saludo.

Con la presente hago entrega del informe de actividades No.01 Correspondiente a un primer pago dese el 1 al 31 de octubre del 2025, de acuerdo al contrato No. CD-02-2025-7089 DE PRESTACION DE SERVICIO, cuyo objeto ES LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, para apoyar el área de gestión humana en funciones específicas como asesoría jurídica, revisión de conceptos, apoyo en tramites laborales y administrativos y colaboración en la gestión personal, según loque establezca el contrato particular.

CONSIGNAR LOS DINEROS EN LA CUENTA DE AHORROS NO. 0550028500018776 DEL BANCO DAVIVIENDA

FIRMA

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C 32.864.639 de SOLEDAD

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME NUMERO	**01**
CONTRATISTA	**MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ**
IDENTIFICACION	**C.C. No. 32.864.639**
CONTRATO No.	CD-02-2025-7089
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales para apoyar el área de gestión humana en funciones específicas como asesoría jurídica, revisión de conceptos, apoyo en tramites laborales y administrativos y colaboración en la gestión personal, según loque establezca el contrato particular.
PLAZO DEL CONTRATO	3 MESES
SUPERVISOR	**ELANIA REDONDO PEÑA**
DEPENDENCIA	SECRETARIA DISTRITAL DE GESTIÓN HUMANA
PERIODO DE ACTIVIDADES	**DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE 2.025**
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:	
LAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ESTUDIO PREVIO	
ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:	
LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLASTE DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL RELACIONADAS CON LAS OBLIGACIONES ANTERIORES.	

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C 32.864.639 de SOLEDAD

CUENTA DE COBRO No 01

ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA
NIT: 890.102.018-1

DEBE A:

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C. No. 32.864.639 de Soledad

LA SUMA DE:

$ 4.500.000

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE

CORRESPONDIENTE A UN PRIMER PAGO QUE COMPRENDE DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2025, DE ACUERDO AL CONTRATO No. CD-02-2025-7089 DE PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES.

AUTORIZO CONSIGNAR EL PAGO A MI CUENTA DE AHORROS NO. 0550028500018776 DEL BANCO DAVIVIENDA DE MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ, IDENTIFICADA CON LA C.C. No. 32.864.639 de Soledad.

FIRMA

MARTHA LUCIA ARIAS MARTINEZ
C.C 32.864.639 de SOLEDAD