FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP

Dependencia:		Fecha:	12/3/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$22,545,000.00			Valor a Pagar:	$4,509,000.00
Número:	CD046	Fec. Suscripción:	Ene 8 2026	Fecha de iniciación:	Ene 10 2026
				Fecha de terminación:	Jun 9 2026
N° CDP:	2	Fecha:	Ene 5 2026	Duración: Meses:	5
				Días:	0
N° RP:	38	Fecha:	Ene 10 2026	Periodo a pagar:	Feb 10 2026 - Mar 9 2026

Rubro Presupuestal: SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE APOYO A LA GESTION

Requiere Informe: Prorroga No.:

FORMA DE PAGO:

El valor del presente contrato corresponde a la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000.00) Este valor comprende todos los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costoso en que incurra el contratista con ocasión a la ejecución del presente contrato. El Concejo Distrital de Cartagena de Indias pagara al contratista el valor del contrato en CINCO (05) CUOTAS vencidas por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143410135-5	DV.
Dirección:								
Número de Teléfono:	FAX:					CEL.		
Clase y número de cuenta:		Ahorros	**X**	**0550488442430820**		Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

He verificado de esta información frente al RUT:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato:

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Prestación de Servicios Profesionales en la Unidad de Apoyo de la Honorable Concejal LUZ MARINA PARIA

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$226,100.00	Periodo FEBRERO	Valor pagado	$289,300.00	Periodo FEBRERO
Comprobante de pago Número:	6006705081		Comprobante de pago Número:	6006705081	
Fecha de pago:	Mar 12 2026		Fecha de pago:	Mar 12 2026	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$9,600.00	Periodo FEBRERO	
Comprobante de pago Número:	6006705081		
Fecha de pago:	Mar 12 2026		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: **SI**

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Manual de Interventoría de la ESAP (Resolución 049 de 2008), los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

FIRMA CONTRATISTA: 10D047AF-B014-4103-9EC5-D60695D9B5EC

NOMBRE CONTRATISTA: LILIAN MARGARITA ospino gavalo

C.C.: 1143410135-5

905A702A-100A-47B1-A305-35426515026F

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JORGE MARIO BRAVO ECHEVERRY

CARGO: SECRETARIO GENERAL

CONCEJO DE CARTAGENA	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS**	**CODIGO: S-003** **Versión: 1.01** **Fecha: 19/05/2017**

Cartagena de Indias D.T. y C., Mar 12 2026

Secretarìa General

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Feb 10 2026 - Mar 9 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	LILIAN MARGARITA ospino gavalo
Identificación:	1143410135-5

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	CD046	**Fec. Suscripción:**	Ene 8 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 10 2026
	Duración:		**Meses:** 5	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Jun 9 2026
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de Servicios Profesionales en la Unidad de Apoyo de la Honorable Concejal LUZ MARINA PARIA					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
b) Absolver las consultas hechas por el Honorable Concejal y emitir conceptos en los asuntos que les sean encomendados	Atendí las consultas realizadas por el Honorable Concejal relacionadas con temas jurídicos, administrativos y normativos, realizando revisión documental y normativa para emitir orientaciones y conceptos que apoyaran la toma de decisiones en el ejercicio de sus funciones.
c) Cumplir lo pactado en este contrato con suma diligencia y cuidado, ejecutando de manera oportuna e idónea su objeto dentro de los plazos estipulados y las demás que sean asignadas por el supervisor	Desarrollé las actividades contractuales con responsabilidad y diligencia, atendiendo oportunamente los requerimientos del despacho, participando en espacios de trabajo y apoyando las diferentes gestiones necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.
b) Asesorar al Honorable Concejal en la elaboración y proyección de respuestas de peticiones que sean dirigidas al Honorable Concejal, así como llevar un libro de control pertinente.	Brindé acompañamiento en la elaboración y revisión de respuestas a las peticiones dirigidas al despacho del Honorable Concejal, verificando la claridad de la información suministrada y apoyando la organización y actualización del control y registro de las solicitudes recibidas para garantizar su adecuado seguimiento.
a) Proyectar los Derechos de Petición que le indique el Honorable Concejal en aras de ejercer el control político ante las distintas entidades y organismos de Control y las entidades descentralizadas de cualquier orden.	apoye la elaboración y así mismo realice seguimiento a los Derechos de Petición dirigidos a distintas entidades de la administración distrital, organismos de control y entidades descentralizadas, para fortalecer el ejercicio de control político del Honorable Concejal.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

10D047AF-B014-4103-9EC5-D60695D9B5EC

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LILIAN MARGARITA ospino gavalo**

C. C. : **1143410135-5**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1143410135
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIAN MARGARITA GAVALO OSPINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	SANTA LUCIA	TELÉFONO:	6056612
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6006705081**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	134966706

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 288.700	$ 600	$ 289.300
SUBTOTALES:										**$ 288.700**	**$ 600**	**$ 289.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.600	$ 0	$ 500	$ 0	$ 225.600	$ 500	$ 0	$ 226.100
SUBTOTALES:													**$ 225.600**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 226.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 100	$ 0	$ 9.600
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1143410135	GAVALO OSPINO LILIAN MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO									01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1.804.005	$ 288.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.700	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.804.005	$ 225.600	$ 0	$ 225.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.804.005	114341013	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 525.000