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

Dependencia:		Fecha:	16/3/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$25,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,000,000.00
Número:	CD045	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:	36	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 VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000) 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 por valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000.00) contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9145306-4	DV.
Dirección:	BRR JUAN XIII SEGUNDA DE LA CANDELARIA							
Número de Teléfono:	30003456042			FAX:			CEL.	3003456042
Clase y número de cuenta:		Ahorros	**X**	**907142350**		Banco:	**Banco de Bogota**	

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: CUMPLI CON TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$252,100.00	Periodo: FEBRERO	Valor pagado	$322,700.00	Periodo: FEBRERO
Comprobante de pago Número:	6011894801		Comprobante de pago Número:	6011894801	
Fecha de pago:	Mar 16 2026		Fecha de pago:	Mar 16 2026	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$49,300.00	Periodo: FEBRERO	
Comprobante de pago Número:	6011894801		
Fecha de pago:	Mar 16 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:	50E69CFC-A12D-46CA-9F47-CC5D4E987767	A4926D03-E51A-4990-B7E8-749D2295F4E8	**FIRMA SUPERVISOR**
NOMBRE CONTRATISTA:	RAFAEL GELIZ LLOREDA	**NOMBRE SUPERVISOR:**	JORGE MARIO BRAVO ECHEVERRY
C.C.:	9145306-4	**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 16 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:	RAFAEL GELIZ LLOREDA
Identificación:	9145306-4

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	CD045	**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 DEL HONORABLE CONCEJAL HERNANDO PIÑA ELLES					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
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.	Se verificaron los documentos que se recibieron de parte de las secretarias de la administración para analizar y responder las diferentes peticiones que se solicitaron.
Absolver las consultas hechas por el Honorable Concejal y emitir conceptos en los asuntos que les sean encomendados.	Se analizaron los documentos y solicitudes que fueron presentados por los entes de control para el estudio y aprobación de la elección del contralor que se realizo en este periodo.
Absolver las consultas hechas por el Honorable Concejal y emitir conceptos en los asuntos que les sean encomendados.	Se estudiaron los proyectos de acuerdo 097 CREACION SIFAC 098 FIETAS DE INDEPENDENCIAS. Y PROYECTO DE ACUERDO POR MEDIO DEL CUAL SE EFECTUA LA DEPURACION NORMATIVA, SE DECIDE LA PEREDIDA DE VIGENCIA Y DEROGAN EXPRESAMENTE NORMAS DE RANGO DISTRITAL.
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.	Cumplí con todo lo pactado en este contrato.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

50E69CFC-A12D-46CA-9F47-CC5D4E987767

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RAFAEL GELIZ LLOREDA**

C. C. : **9145306-4**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9145306
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAFAEL GELIZ LLOREDA GELIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	ALTO BOSQUE ED MALIBU AP 2B	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011894801**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		143141586

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 322.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 322.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 252.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 252.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 49.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 49.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 618.800**
VALOR MORA:	**$ 5.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 624.100**

Planilla Pagada