INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	Vigencia: 2023
Dependencia que Supervisa:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO DESPACHO**
Contratista:	**HERNANDO ALBERTO DONADO RACEDO**

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DEL INFORME:	No. 01
FECHA:	20/04/2026
CONTRATO No.	028-2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HERNANDO ALBERTO DONADO RACEDO
No. DE IDENTIFICACIÓN:	8.506.933
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO PARA GUIAR, ORIENTAR Y DIRECCIONAR A LOS USUARIOS QUE ACUDAN A LA ENTIDAD, ASÍ COMO APOYAR LA GESTIÓN DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SOLEDAD.**
VALOR DEL CONTRATO:	$ 16.800.000
VALOR DE HONORARIOS MENSUAL:	$ 2.800.000
No. CDP	P-CDP-028-2026
No. RP	P-RP-028-2026
PLAZO DEL CONTRATO	6 MESES
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	15 DE ENERO
No. PAGO:	01
No. DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**6016389943 - 6016390331**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GINNA MOLINA ESCORCIA**

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ÍTEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Entrega oficio No. 563-2026: PERSONERÍA DISTRITAL DE BARRANQUILLA.
2.	Entrega oficio No. 0434-2026: I.E. NUESTRA SEÑORA DE LAS MISERICORDIAS.
3.	Envío de correspondencia por ENVIA COLVANES UNIDAD NACIONAL DE VICTIMAS – GUÍA No. 046001723213.
4.	Envío de correspondencia por ENVIA COLVANES UNIDAD NACIONAL DE VICTIMAS – GUÍA No. 046001723198.
5.	Entrega oficio No. 723-2026: IMTTRASOL.

PERSONERÍA
MUNICIPAL DE SOLEDAD

C. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1. Que a la fecha he cumplido con las actividades establecidas en el contrato. 2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, fueron cancelados en su totalidad, de los cuales anexo al presente informe. 3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debida y legalmente pagados por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

D. PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
Número de la Planilla	6016389943 - 6016390331
Valor cancelado:	$ 318.500 - $521.500
Fecha del Pago:	17/04/2026
Periodo de Pago:	ENERO - FEBRERO
Empresa Prestadora de Salud:	PROTEGER EPS
Fondo de Pensiones:	COLFFONDOS
Aportes a Riesgos Laborales:	ARL POSITIVA
Operador:	SOI

E. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR

ÍTEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	Los impuestos que debe cancelar el contratista para la legalización del mencionado contrato fueron cancelados en su totalidad por el contratista.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar.	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento.	X	
5.	Que el contratista da cumplimiento con sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo comprendido entre el 15 de enero al 15 de febrero de 2026. La presente certificación se expide en Soledad Atlántico, a los veinte (20) días del mes de abril 2026.

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA EN LA QUE EL CONTRATISTA PRESTA SU SERVICIO - SUPERVISOR	

Scanned with CamScanner