| **FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | |
|---|---|
| **A. INFORMACIÓN GENERAL** | |
| **NÚMERO DEL INFORME:** | No. 002 |
| **FECHA:** | 15 de abril de 2026 |
| **CONTRATO No.** | CD-PSP-008-2026 |
| **ID DEL CONTRATO EN EL SECOP:** | CO1.PCCNTR.9295118 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | OMAR ALFONSO ABUABARA TORRES |
| **No. DE IDENTIFICACIÓN:** | 1.042.440.415 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestación de servicios profesionales como administrador(a) de empresas, para asesorar y acompañar a la dirección administrativa y financiera de la contraloría municipal de soledad en los procesos de gestión del talento humano |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | $ 9.000.000 |
| **No. CDP:** | 03 |
| **No. RPC.** | 08 |
| **PLAZO DEL CONTRATO:** | Tres (03) meses |
| **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 30 de enero de 2026 |
| **No. PAGO:** | Segundo (02) pago |
| **No. DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9503067809 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | CARLOS JULIO GOMEZ SALCEDO |

| **B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | |
|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)* |
| **1.** | El contratista brindó apoyo en la organización, revisión y depuración de las hojas de vida, realizando la verificación y validación de la información relacionada con la experiencia laboral, con el fin de asegurar su coherencia, integridad y actualización |
| **2.** | Se efectuó supervisión a la actividad desarrollada por el contratista consistente en el apoyo a la elaboración de las liquidaciones de aportes al sistema de seguridad social de los funcionarios, correspondientes al mes de marzo. |
| **3.** | El contratista dio cumplimiento a la elaboración de la nómina del mes febrero de 2026, garantizando la correcta liquidación y registro de la información. |
| **4.** | Se efectuó supervisión a la elaboración del comunicado oficial para la solicitud de renovación de acceso a la plataforma VUR, verificando su contenido y conformidad con los lineamientos institucionales |

**C. ECLARACIONES 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 Planilla: | 9498664981 |

| | |
|---|---|
| Valor Cancelado: | $705.700 |
| Fecha del Pago: | 25/03/2026 |
| Periodo de pago: | 2026-02 |
| Empresa Prestadora de Salud: | Mutual Ser |
| Fondo de Pensiones: | Porvenir |
| Aportes a Riesgos Laborales: | Positiva Compañía de Seguros |
| Operador: | Planilla pagada a través de Aporte en Línea |
| **E. IMPUESTOS DEL CONTRATO** | |
| **IMPUESTOS DEPARTAMENTALES** | |
| Número de Liquidación: | 20260051228 |
| Fecha del Pago: | 02/03/2026 |
| Valor Cancelado: | $409.700.00 |
| | |
| Número de Liquidación PRO CULTURA: | 3000026623 |
| Fecha del Pago: | 02/03/2026 |
| Valor Cancelado: | $45.000.00 |
| Número de Liquidación PRO ANCIANO: | 3000026622 |
| Fecha del Pago: | 02/03/2026 |
| Valor Cancelado: | $180.000.00 |
| **F. INFORMACIÓN BANCARIA** | |
| Banco: | Davivienda S.A. |
| Tipo de Cuenta: | Ahorros |
| Número de Cuenta: | 0550488433751952 |

| **E. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR** | | | |
|---|---|---|---|
| **ITEM** | **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| **1.** | El contrato se encuentra debidamente legalizado. | ✓ | |
| **2.** | Los impuestos que debe cancelar el contratista para la legalización de mencionado contrato fueron cancelados en su totalidad por el contratista. | ✓ | |
| **3.** | El contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar el periodo a cobrar. | ✓ | |
| **4.** | En la Dirección Administrativa y Financiera reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento. | ✓ | |
| **5.** | Que el contratista da cumplimiento con sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales, tal como exige el artículo 5 de la ley 789 de 2002. | ✓ | |
| **CONSULTA RUAF** | | | |
| Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo comprendido entre el 28 DE FEBRERO y el 30 DE MARZO de 2026. La presente certificación se expide en Soledad – Atlántico. A los veinte (24) días del mes de marzo de 2026. | | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **CARLOS JULIO GOMEZ SALCEDO** |

Salud

RUAF

**Afiliaciones de una Persona en el Sistema**

INFORMACIÓN BASICA — Fecha de Corte: 2026-01-10

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1043443415 | OMAR | ALFONSO | ABUABARA | TORRES | M |

AFILIACIÓN A SALUD — Fecha de Corte: 2026-01-10

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliación | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento - Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| ASOCIACION MUTUAL BER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL BER EPS -CM | Contributivo | 03/01/2026 | Activo | COTIZANTE | SOLEDAD |

AFILIACIÓN A PENSIONES — Fecha de Corte: 2026-01-10

| Régimen | Administradora | Fecha Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2016-07-01 | Inactivo |

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES — Fecha de Corte: 2026-01-10

| Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Actividad Económica | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2024-06-06 | Activo | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2025-04-12 | Activo | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2025-11-01 | Activo | | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2026-03-19 | Activo | | |

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR — Fecha de Corte: 2026-01-10

| Administradora CF | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Tipo de Miembro de la Población Cubierta | Tipo de Afiliado | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|---|
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFAMILIAR DEL ATLANTICO | 2016-08-13 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |

AFILIACIÓN A CESANTIAS — Fecha de Corte: 2026-01-10

No se han reportado afiliaciones para esta persona