**ALCALDIA DE HATONUEVO**
**MUNICIPIO DE HATONUEVO**
NIT : 800.255.101-2

**FECHA** 2026/03/26 **Egreso No** 6

**BENEFICIARIO** ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ **C.C. ò NIT** 1121303380

**BC. 022-0000015-8 M/-PIO H/VO Industria y Comerci** **DE** 2026 **VALOR:** 9. 028. 000.00

**POR CONCEPTO DE** **CDP:** 202601150 **RP:** 202601290

Pago No 1 del Contrato No CD-PS-SGO-094-2026 de 2026. Por PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ATENCION A LA POBLACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO

**IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.03.01-1.2.1.0.00 | SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION ADMINISTRACION CENTRAL | 2. 257. 000.00 |

Imputación Contable

| CODIGO | DESCRIPCION CUENTA | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 1110060421 | BC. 022-0000015-8 M/-PIO H/VO Industria y Comerci | 0.00 | 1. 336. 580.00 |
| 249055 | Servicios | 2. 257. 000.00 | 0.00 |
| 24240711 | Soluciones MDS | 0.00 | 195. 000.00 |
| 24240701 | Credi-david | 0.00 | 590. 000.00 |
| 24072203 | Estampilla Prodesarrollo Departamental | 0.00 | 45. 140.00 |
| 24072202 | Estampilla prouniversidad | 0.00 | 45. 140.00 |
| 24072201 | Estampilla pro desarrollo fronterizo | 0.00 | 45. 140.00 |

**SON**
**UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.**

**TESORERIA**

Documento No: Transferencia Banco : BANCO DE COLOMBIA

Cuenta No 022-0000015-8 Fecha 2026/03/26

RECIBÌ CONFORME

Original Tesoreria - 1a copia Presupuesto - 2da copia contabilidad - 3ra copia Contratista

**CUENTA DE COBRO N° 002**

**ALCALDIA MUNICIPAL DE HATONUEVO**
**NIT 800255101-2**

**DEBE A**

**ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ**
**C.C. 1.121.303.380**

**LA SUMA DE:.....$2.257.000**

**POR CONCEPTO DE PAGO PARCIAL: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION DE LA POBLACION EN SITUACION DE DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO LA GUAJIRA,** del 02 de marzo hasta el 02 de abril de 2026

**SON: DOS MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS M/L**

Por favor consignar, en la cuenta de ahorro BANCOLOMBIA 912 579481-91

A nombre de **ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ, CC 1121303380**

Atentamente,

**ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ**
**C.C. 1.121.303.380**

| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contratista | ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ | | C.C. | 11.213.03.380 | |
| Año | 2026 | | No Contrato | CD-PS-SGO-094-2026 | |
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION DE LA POBLACION EN SITUACION DE DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO LA GUAJIRA | | | | |
| Periodo del Informe | Desde: | 02 de marzo /2026 | | Hasta: | 02 de abril /2026 |

En el periodo de tiempo que comprende este informe, realice las siguientes actividades encomendadas por la secretaria de Gobierno y asuntos administrativos /como auxiliar administrativo parala atención de la población en situación de dicacidad en el Municipio de Hatonuevo - La Guajira, por el cual se expone la siguiente información.

| 2. ACTIVIDADES EJECUTADAS | |
|---|---|
| Ítem | Actividad |
| • Acompañar en la actualización de las bases de datos de las personas con discapacidad del municipio de Hatonuevo. | Realicé acompañamiento al referente de discapacidad |
| • Apoyo en la recepción de los documentos necesarios para la certificación de la población con discapacidad del municipio. | Realice acompañamiento al referente de discapacidad en la recepción de los documentos e ingreso de la información en la base de datos de la población con discapacidad existente en el municipio. |
| • Acompañamiento en la atención de la oficina de discapacidad. | Realice apoyo en la atención al público, brindando orientación referente a dudas e inquietudes expuestas por la población. Realicé acompañamiento al acto de posesión del comité de discapacidad municipal. |
| • Apoyo en las jornadas de certificación. | Realicé acompañamiento a la jornada de certificación en las instalaciones de la casa de la cultura con la fundación autorizada para la realización de certificación dentro del municipio |
| • Apoyo en la atención a solicitudes realizadas por particulares con relación a los programas de la atención a la población con | Realicé acompañamiento al enlace de discapacidad a la asistencia del primer COMPOS vigencia 2026 , en el que se trataron acciones a realizar con la población con discapacidad del municipio dentro del plan de acción para el año 2026 |

| | |
|---|---|
| discapacidad del municipio de Hatonuevo. | Realicé acompañamiento a la profesional de la agencia CRAC el cual mediante la articulación que se realizó desde la oficina del enlace de discapacidad se ha estado atendiendo de manera regular a la población ciega del municipio caracterizada e identificada.<br><br>Evidencias fotográficas.<br><br><br><br><br><br> |

**3. ANEXOS**

1.) Cuenta de cobro
2.) Registro presupuestal de compromiso
3.) Certificado de Disponibilidad Presupuestal
4.) Contrato de prestación de Servicios No. C D - P S - S G O - 0 9 4 - 2 0 2 6
5.) Acata de inicio
6.) Informe de actividades realizadas
7.) Informe de supervisión del periodo de prestación de servicios.
8.) Planilla paga de la seguridad social del mes de febrero de 2026

Contratista
**ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ**

Supervisor
**ARGELIO RAFEL DUARTE BRITO**

| DENOMINACIÓN DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL INFORME:** | 002 | **FECHA:** | MARZO DE 2026 |
| **N° CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | CD-PS-SGO-094-2026 | **FECHA:** | ENERO 28 DE 2026 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ARGELIO RAFAEL DUARTE BRITO | | |
| **IDENTIFICACIÓN:** | 11.21.303.380 | | |
| **DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION DE LA POBLACION EN SITUACION DE DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO LA GUAJIRA | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **IDENTIFICACIÓN:** | **PLAZO DEL CONTRATO** | |
| ANA AYLEN DUARTE DE LA HOZ | 11.213.03.380 | CUATRO (04) MESES, EN TODO CASO SIN EXCEDER DEL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 | |
| **NÚMERO DE CDP:** | 2026011904 | **FECHA** | 19 DE FEBRERO DE 2026 |
| **NÚMERO DE CERTIFICADO RP:** | 2026012901 | **FECHA** | 29 DE ENERO DE 2026 |

| GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA: | | | |
|---|---|---|---|
| **AMPAROS** | **ASEGURADORA** | **N° DE PÓLIZA** | **VIGENCIA DESDE/HASTA** |
| **CUMPLIMIENTO** | N/A | N/A | / |
| **PAGO ANTICIPADO** | N/A | N/A | / |
| **SALARIO Y PRESTACIONES** | N/A | N/A | / |
| **OTROS** | N/A | N/A | / |

| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | **FORMA DE PAGO** |
|---|---|
| 12 DE MARZO DE 2025 | **UN (01) PAGO MENSUAL**, CADA UNO POR VALOR DE **DOS MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS ($2.257.000,),** PAGADERO EL ULTIMO DÍA HÁBIL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE, PREVIA CERTIFICACIÓN A SATISFACCIÓN EMITIDA POR EL SUPERVISOR |

| **¿SE REALIZÓ ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO?** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ANTICIPO** | **SI** | | **VALOR:** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO ANTICIPADO | SI | | VALOR: | | |
| | NO | X | | | |
| EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO HUBO | | | | | |
| OTRO SI | FECHA | | | NÚMERO | |
| ADICIONES | FECHA | | | NÚMERO | |
| | VALOR | | | | |

| PAGO IMPUESTOS MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES | | | |
|---|---|---|---|
| DENOMINACIÓN DEL IMPUESTO | APLICA | N° DE RECIBO | VALOR |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ACREDITACIÓN PAGOS APORTES | 40% DEL CONTRATO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|
| SALUD | $1.750.000 | $ 211.600 |
| PENSIÓN | $1.750.000 | $270.900 |
| ARL | $1.750.000 | $ 8.900 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | $ 9 .028.000 | | |
| VALOR EJECUTADO | $ 9.028.000 | | |
| VALOR COBRADO EN EL PRESENTE INFORME | $2.257.000 | N° FACTURA / CUENTA DE COBRO | 002-2026 |
| VALOR POR EJECUTAR | $ 4.514.000 | | |
| PERIODO DE EJECUCIÓN | DEL 02 DE MARZO AL 02 DE ABRIL DEL 2026 | | |

**CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO**

CON EL PRESENTE INFORME CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO LOS HE VERIFICADO PERSONALMENTE, POR LO QUE RATIFICO EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO, COMO TAMBIÉN DEJO CONSTANCIA QUE EL PAGO DE LOS IMPUESTOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDE A LAS NORMAS VIGENTES, DE IGUAL MANERA ADJUNTO EL INFORME DEL CONTRATISTA DONDE SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

FIRMA DEL SUPERVISOR