

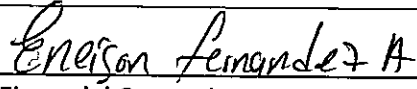
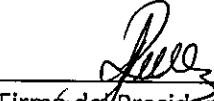
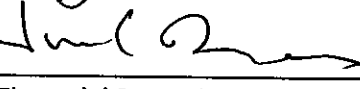
	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA	
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 4
	INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN	

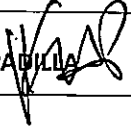
FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
N° PAGO/N° DE INFORME		1 DE 1	
CONTRATO N°		CONTRATO 071 DE DICIEMBRE DE 2024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA	
N° DE IDENTIFICACIÓN		1.083.454.489 de Ciénaga	
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA BRINDAR SOPORTE TECNICO A LOS EQUIPOS DE COMPUTÓ E IMPRESORAS DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALEN.	
VALOR DEL CONTRATO		\$ 2.500.000	
VALOR DE HONORARIOS PERIODO		\$2.500.000	
N° CDP		104 DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 2024	
N° CRP		165 DE DICIEMBRE DE 2024	
PLAZO DEL CONTRATO		UN (1) MES	
FECHA DEL ACTA DE INICIO		04 DE DICIEMBRE DE 2024	
N° PAGO		UNICO PAGO	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		7949669641	
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO		JUAN CARLOS BARROS – PROFESIONAL UNIVERSITARIO	
B. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DEL PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SANITAS	18/12/2024	\$ 162.500
Pensión	COLFONDOS	18/12/2024	\$ 208.000
Riesgos Laborales	POSITIVA	18/12/2024	\$ 31.700
C.			
1	Copia de seguridad correo de julia		
2	Copia de seguridad PC de julia		
3	Copia de seguridad PC de Mónica		
4	Copia de videos		
5	Mantenimiento PC asignado a la funcionaria lesly guerrero		
6	Instalación de scanner EPSONDS-53011 a el computador LENOVO TODO EN UNO del área de Contratación		
D. 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, serán descontados por la Corporación.			
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.			
E. ANEXOS			
Soportes de Actividades desarrolladas en el periodo			

FIRMA CONTRATISTA	
No. Identificación	1.083.454.489

F. LARACIONES DEL SUPERVISOR			
ITEM	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 serán descontados por la corporación.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar, relacionadas en este informe	X	
4.	Que el contratista da cumplimiento a 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 1 de1 correspondiente al mes de diciembre de 2024.La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta, el 24 del mes de diciembre de 2024.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	 Firma del Contratista
FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA EN LA QUE EL CONTRATISTA PRESTA SU SERVICIO	 Firma del Presidente
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	 Firma del Supervisor

REVISADO POR:	DAVID CASTRILLO 
FECHA:	24-Dic-2024
VERIFICADO POR:	KELLY JOHANNA AVILA PADILLA 
FECHA:	24-Dic-2024

E. ANEXOS, COMO SOPORTE, DE LAS ACTIVIDADES DEL PERIÓDO

Espacio para Evidencias

 ASAMBLEA del Magdalena	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA		
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL		Página 3 de 4
	INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN		

Copias de seguridad de la información de Contratación



Instalación de scanner EPSONDS-53011 a el computador LENOVO TODO EN UNO del área de Contratación



 ASAMBLEA del Magdalena	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA	Página 4 de 4
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL	
	INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN	

Copias de seguridad de lo equipos de la secretaria





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICSF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA SANTA MARTA ANDREA CAROLINA MZ 7 CASA 22 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1083454489 ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA MAGDALENA 3111111 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	NÚMERO PLANILLA: 794966641 PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES noviembre AÑO 2024 DÍAS DE MORA: 2024/12/18 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1135275495				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:																			

TOTAL \$ 402.200

Santa Marta 24 de diciembre de 2024

2.500.000
225.000
2.275.000

FORMATO N° 3

“DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES”

Señores

**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA
E.S.D**

Por medio de la presente certifico que la suscrita **ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA**, identificado con la cedula de ciudadanía número 1.083.454.489 de Ciénaga, NO me hallo incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, para contratar y/o presentar cuenta de cobro con la ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA.

Cordialmente,



FIRMA DEL CONTRATISTA:

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA**

CEDULA: 1.083.454.489 de Ciénaga