TIPO DE INFORME				No. DE CONTRATO	PERIODO DEL INFORME	
					DESDE	HASTA
PARCIAL	X	FINAL		1772-2021	13/09/2021	12/10/2021

CONTRATANTE	Gobernación del Cauca		
CONTRATISTA	Lizeth Sanchez Peña		
No. DE IDENTIFICACIÓN	34.559.415	**EXPEDIDA EN**	Popayán - Cauca
No. TELÉFONO y/o CELULAR	3153760414		
SUPERVISOR(A)	Oscar Iván Martínez Martínez		
CARGO DEL SUPERVISOR	Profesional Universitario	**DESPACHO**	Secretaría de Infraestructura
CDP No.	3471 del 22/06/2021	**RP No.**	5184 del 8/07/2021
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	03 - 3 - 1 2 24 2 3 - 896	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INICIAL**	$19.422.000
CDP ADICIÓN 1	0 del 0	**RP ADICIÓN 1 No.**	0 del 0
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL ADICIONAL 1	0	**VALOR ADICIONAL 1**	$
FECHA ADICIÓN 1	0	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	$19.422.000
VALOR TOTAL HONORARIOS	$19.422.000	**VALOR GASTOS DE DESPLAZAMIENTO**	$
FECHA FIRMA CONTRATO INICIAL	8 de julio de 2021	**FECHA ACTA INICIO**	13 de julio de 2021
FORMA DE PAGO	Actas Parciales	**CUENTA DE HONORARIOS No.**	3
VALOR A PAGAR	$ 3.735.000		

BALANCE FINANCIERO INCLUIDA LA PRESENTE ACTA		
VALOR DEL CONTRATO	$19.422.000	
VALOR TOTAL EJECUTADO		$ 11.205.000
VALOR TOTAL POR EJECUTAR		$ 8.217.000
SUMAS IGUALES	**$19.422.000**	**$19.422.000**

BALANCE FINANCIERO DE HONORARIOS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO INCLUIDA LA PRESENTE ACTA		
VALOR DEL CONTRATO	**$19.422.000**	
VALOR EJECUTADO POR HONORARIOS		$11.205.000
VALOR POR EJECUTAR HONORARIOS		$ 8.217.000
VALOR EJECUTADO GASTOS DESPLAZAMIENTO		$ 0
VALOR POR EJECUTAR GASTOS DESPLAZAMIENTO		$ 0

COPIA CONTROLADA - COPIA CONTROLADA

SUMAS IGUALES		**$19.422.000**		**$19.422.000**	
PAGO SEGURIDAD SOCIAL					
IBC sistema Seguridad Social (40% del Ingreso mensual)	$ 1.494.000	**PERIODO COTIZADO**		Septiembre de 2021	
EPS	SOS	**VALOR PAGADO**		$186.800	
ARL	Positiva	**VALOR PAGADO**		$	
AFP	Colpensiones	**VALOR PAGADO**		$239.100	
CAJA DE COMPENSACIÓN	Comfacauca	**VALOR PAGADO**		$ 29.900	
VALOR TOTAL PLANILLA	$455.800	**PLANILLA No.**		9424817544	
ANEXA CERTIFICACIÓN PARA ASIMILARSE A ASALARIADO (Retefuente)		**SI**	X	**NO**	

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN

El Supervisor y/o Interventor dando cumplimiento a los Artículos 83 y 84 de la ley 1474 de 2011 certifica que el Contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas a continuación, dentro del periodo de tiempo comprendido entre el **13 de septiembre de 2021 y el 12 de octubre de 2021**. y cumpliendo con el pago de Seguridad Social, por lo que se autoriza el pago.

DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN

SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

* El contratista presentó el informe de actividades el 19 de octubre de 2021 y no tuvo un retraso en la presentación de acuerdo al plazo para presentación de informes establecido en la cláusula segunda, numeral 2.1, ítem 2 del contrato.
* El contratista presentó los comprobantes de pago de seguridad social y cumplió con el aporte sobre el IBC del 40% del valor del contrato de acuerdo a lo establecido en la cláusula segunda, numeral 2.1, ítem 4 del contrato.
* El contratista remitió la información contractual a su cargo para la publicación en el SIA_OBSERVA y SECOP II, de acuerdo a lo establecido en la cláusula segunda, numeral 2.1, ítem 7 del contrato.
* El contratista actualizó la información contractual es los sistemas de información de la Secretaría de Infraestructura, de acuerdo a lo establecido en la cláusula segunda, numeral 2.1, ítem 8 del contrato.

2. SEGUIMIENTO FINANCIERO

* El contratista presentó cuenta de cobro o factura dando cumplimiento al valor y forma de pago autorizado en la cláusula cuarta del contrato.
* Se verificó que el registro presupuestal tiene disponibilidad de recursos para el pago por los servicios prestados.

3. SEGUIMIENTO TECNICO

* Se verificó el informe del contratista y se constató que las actividades desarrolladas por el contratista, corresponden a las pactadas en la cláusula segunda, numeral 2.2.
* Se verificó el cumplimiento de las actividades y la calidad de los productos entregados por el contratista.

4. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O RECOMENDACIONES

COPIA CONTROLADA - COPIA CONTROLADA

* Se recomienda siempre aplicar los protocolos de bioseguridad de la entidad para preservar la salud de todos.

5. APROBACIÓN O RECHAZO

* El supervisor APRUEBA el informe presentado por el contratista y autoriza el pago correspondiente.

El suscrito supervisor certifica que se ha cumplido con las condiciones y obligaciones a cargo del contratista y se da el visto bueno correspondiente del servicio prestado.

El suscrito supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud durante el periodo Septiembre de 2021, vigencia del contrato No 1772-2021, tal como se demuestra en el informe presentado.

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
1. Seguridad Social con Visto Bueno	1

Dado en la ciudad de Popayán, el 19 de octubre de 2021.

FIRMA SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	OSCAR IVÁN MARTINEZ MARTÍNEZ

COPIA CONTROLADA - COPIA CONTROLADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34559415		SANCHEZ PEÑA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 A N # 6 A - 51 B. CIUDAD JARDIN	POPAYAN-CAUCA	8342315	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	20019372	9424817544	I	2021/10/06	2021/10/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$455,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,000	$239,100			$1,494,000	$186,800			$1,494,000	$29,900			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,000	$239,100			$1,494,000	$186,800			$1,494,000	$29,900			$0	$0		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,494,000	$239,100			$1,494,000	$186,800			$1,494,000	$29,900			$0	$0		$0	$0
1	CC 34559415	SANCHEZ LIZETH	25-14	30	$1,494,000	$239,100	EPS018	30	$1,494,000	$186,800	CCF14	30	$1,494,000	$29,900		0	$0	$0	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,494,000	$239,100			$1,494,000	$186,800			$1,494,000	$29,900			$0	$0		$0	$0

Vo.Bo. SUPERVISOR

2021/10/19 10:36 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

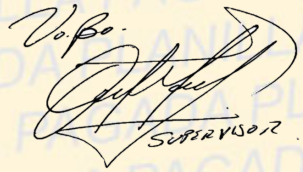
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34559415		SANCHEZ PEÑA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 A N # 6 A - 51 B. CIUDAD JARDIN	POPAYAN-CAUCA	8342315	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	20019372	9424817544	I	2021/10/06	2021/10/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$455,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,100	$0	$0	$239,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$239,100	$0	$0	$239,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,800	$0	$0	$186,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$186,800	$0	$0	$186,800
TOTAL				**1**	**$455,800**	**$0**	**$0**	**$455,800**



MMO

2021/10/19 10:36 AM

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9424817544
NUMERO DE APROBACION	19372
Fecha:	16/10/2021 11:19:05
DV:	949471
NUM. TRANSACCION	1046143982
Valor	$455.800,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 911390 SERVICIOS POAC

Cajero: JHESCHNA

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Vo.Bo.

SUPERVISOR