**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

| | |
|---|---|
| **No. Contrato** | **CPS-AG-001-2022** |
| **Objeto** | **"APOYO A LA GESTIÓN EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL EN LA ACTUALIZACIÓN DE BASES DE DATOS y CLASIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE ASIGNE LA PERSONERA".** |
| **Clase de Contrato** | **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN** |
| **Periodo** | **ENTRE EL 1 DE FEBRERO Y 28 DE FEBRERO DE 2022** |
| **Pago No.** | **Pago 001** |
| **Nombre del contratista** | **JENNY YOVANA BOLIVAR CARDONA** |
| **No. cc** | **43480614** |
| **Dependencia** | **PERSONERÍA MUNICIPAL DE VENECIA** |
| **Nombre Supervisor del Contrato** | **JOHANA MARCELA LEÓN ROJAS** |
| **Régimen Tributario** | **Responsable de IVA SI NO** [x] |
| **Registro Presupuestal No.** | **0000160** |
| **Ciudad donde presta el servicio** | **VENECIA** |

## 1. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

## A. VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL YAPORTES PARAFISCALES:

| | | Valor sin intereses de mora | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo pagado** | **Ingreso base de cotización – IBC** | **Aporte a salud** | **Aporte a pensión** | **Aporte a ARL** | | **Número de planilla (s)** |
| FEBRERO | 1.000.000 | 125.000 | 160.000 | 5.300 | | 1313664550 |
| **Totales** | 1.000.000 | 125.000 | 160.000 | 5.300 | | |
| El contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARL según la Ley 1562 de 2012. | | | | | | |

726

**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

| | |
|---|---|
| **No. Contrato** | **CPS-AG-001-2022** |
| **Objeto** | **"APOYO A LA GESTIÓN EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL EN LA ACTUALIZACIÓN DE BASES DE DATOS y CLASIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE ASIGNE LA PERSONERA".** |
| **Clase de Contrato** | **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN** |
| **Periodo** | **ENTRE EL 1 DE FEBRERO Y 28 DE FEBRERO DE 2022** |
| **Pago No.** | **Pago 001** |
| **Nombre del contratista** | **JENNY YOVANA BOLIVAR CARDONA** |
| **No. cc** | **43480614** |
| **Dependencia** | **PERSONERÍA MUNICIPAL DE VENECIA** |
| **Nombre Supervisor del Contrato** | **JOHANA MARCELA LEÓN ROJAS** |
| **Régimen Tributario** | **Responsable de IVA SI NO** [X] |
| **Registro Presupuestal No.** | **0000160** |
| **Ciudad donde presta el servicio** | **VENECIA** |

## 1. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

## A. VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL YAPORTES PARAFISCALES:

| | | Valor sin intereses de mora | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo pagado** | **Ingreso base de cotización – IBC** | **Aporte a salud** | **Aporte a pensión** | **Aporte a ARL** | | **Número de planilla (s)** |
| FEBRERO | 1.000.000 | 125.000 | 160.000 | 5.300 | | 1313664550 |
| **Totales** | 1.000.000 | 125.000 | 160.000 | 5.300 | | |

El contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARL según la Ley 1562 de 2012.

01.03.22

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 43480614 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JENNY YOVANA BOLIVAR |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VENECIA | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | BARRIO LOS ALAMOS | TELÉFONO: | 8491730 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades combinadas de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7825939158** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/02/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1313664550 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 160.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 160.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 125.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 125.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 5.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 5.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 290.300** |

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES**
**SOPORTE DE PAGO GENERAL**

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO | | DEPARTAMENTO | |
| DIRECCIÓN | | TELÉFONO | |
| TIPO APORTANTE | | CLASE APORTANTE | |
| TIPO EMPRESA | | ACTIVIDAD ECONÓMICA | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | | | | TIPO DE PLANILLA | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | AÑO | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | AÑO | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR AGREG | COTIZACIÓN | VALOR AGREG | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | | | | |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS PERIODOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-20 | 14-20-CTS MENA | 1 | | | | | | $ 1.300 | $ 1.300 | | | $ 1.300 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | $ 1.300 | | | $ 1.300 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | |