Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	06
		FECHA ELAB	28-Agosto-2019
		FECHA APROB	31-mayo-2021
SECRETARÍA DE HACIENDA	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	TRD	900-10.2

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	EMMA TULIA ALMEIDA RAMIREZ						
C.C. O NIT	30210401 GIRON						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	3102085515						
VALOR COBRADO	$ 2.500.000						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	DÍA: 05	MES: 04	AÑO: 2022	—	DÍA: 04	MES: 05	AÑO: 2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATO :			
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA INICIO DEL CONTRATO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	1268-2022-CO1.PCCNTR.3431765	DÍA: 04 MES: 02	AÑO: 2022

CDP: 22-01794	FECHA: 25-01-2022	RP 22-01494	FECHA: 03-02-2022
CDP ADICIONAL: NA	FECHA: NA	RP ADICIONAL: NA	FECHA: NA
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOS DE EMPRESA EN LOS PROCESOS QUE SE DESARROLLEN EN LA DIRECCION OPERATIVA DE L SECRETARIA GENERAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA					
ENTIDAD BANCARIA	BANCO CAJA SOCIAL				
NÚMERO DE CUENTA	24053293686	AHORROS	X	CORRIENTE	

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO ***"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"*** ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.

CONTROL DE SUPERVISIÓN			
NOMBRE SUPERVISOR	LAURA ROCIO MOLANO PEDRAZA		
CARGO SUPERVISOR	DIRECTOR OPERATIVO		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA: 05	MES: MAYO	AÑO: 2022

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] ***"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DELSUPERVISOR DEL CONTRATO".***

FIRMAS RESPONSABLES

EMMA TULIA ALMEIDA RAMIREZ
RESPONSABLE DEL TRÁMITE

LAURA ROCIO MOLANO PEDRAZA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ Y APROBÓ OFICINA DE RADICACIÓN YDIGITALIZACIÓN

No. Folios:

NÚMERO DE RADICADO

Fecha:
Hora:

https://cutt.ly/NnNprvE.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES	**CÓDIGO**:	GC-F-14
		VERSIÓN	01
		FECHA ELAB	Febrero-2017
		FECHA APROB	31/05/2021
OFICINA DE CONTRATACIÓN	**PROCESO:** GESTION DE CONTRATACIÓN	**TRD**	103-14.6

ACTA No.	04	**TIPO DE CONTRATO**	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOSPROFESIONALES

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
No. DE CONTRATO	**1268-2022-CO1.PCCNTR.3431765**	**FECHA DE CONTRATO**	28-01-2022
NOMBRE CONTRATISTA	EMMA TULIA ALMEIDA RAMIREZ		
NÚMERO DE CÉDULA	30210401 GIRON		

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMOADMINISTRADOS DE EMPRESAS EN LOS PROCESOS QUE SE DESARROLLEN EN LA DIRECCIÓN OPERATIVA DE LA SECRETARÍA GENERAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA

REGISTROS PRESUPUESTALES					
REGISTROS INICIALES			**REGISTROS ADICIONALES (SI APLICA)**		
CDP - Nº y FECHA	**Nº**22-01794	**25-01-2022**	**CDP - Nº y FECHA**	**Nº NA**	**NA**
RP - Nº y FECHA	**Nº** 22-01494	**03-02-2022**	**RP - Nº y FECHA**	**Nº NA**	**NA**

NOMBRE DEL SUPERVISOR	LAURA ROCIO MOLANO PEDRAZA		
CARGO DEL SUPERVISOR	DIRECTOR OPERATIVO		
OFICINA GESTORA	SECRETARIA GENERAL		
PLAZO DEL CONTRATO	CUATRO (4) MES(ES) CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DELACTA DE INICIO		
PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO	*NA*		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	**04-02-2022**		
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	**04-06-2022**	***TERMINACIÓN CON ADICIÓN***	**NA**

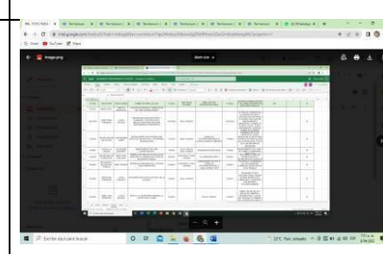
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	**5 DE ABRIL DE 2022 A 4 DE MAYO DE 2022**
VALOR A PAGAR	$ 2.500.000

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	**FECHA DE PAGO**	**NÚMERO DE PLANILLA**	**VALOR SALUD**	**VALOR PENSIÓN**	**VALOR ARL**
			FAMISANAR	**COLPENSIONES**	**POSITIVA**
ABRIL	*27/04/2022*	4436014148	*$ 180.000*	*$ 230.400*	*$ 7.600*

PÓLIZA DE GARANTÍAS (Si Aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	**NUMERO DE PÓLIZA**	**FECHA DE APROBACIÓN**
NA	NA	NA

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
TIPO DE ESTAMPILLA	**Nº ESTAMPILLA**	**FECHA PAGO**
DEPARTAMENTAL	*N.A*	*SE DESCUENTADIRECTAMENTE DE LA ORDEN DE PAGO*

DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, RELACIONO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:

No.	**ACTIVIDAD CONTRACTUAL**	**ACTIVIDAD REALIZADA**	**EVIDENCIA/SOPORTE**
1.	1.Apoyar en la revisión de documentación allegada a la Dirección Operativa	Recepción de la correspondencia para su posterior entrega de la dependencia	**FOTOGRAFICO**
2	. Revisión de cuentas de cobro, liquidaciones o terminaciones de contratos que realice la Dirección Operativa	Realización de cuadro en Excel para el seguimiento de pagos de contratistas	
3	. Apoyar en la contestación de solicitudes interadministrativas radicadas ante la dirección operativa	Apoyo y acompañamiento en la digitalización de la correspondencia interna de la Dirección Operativa	**FOTOGRAFICO**

4	apoyar en la depuración y contestación del correo electrónico de la dirección operativa	Apoyo y acompañamiento en la digitalización de la correspondencia interna de la Dirección Operativa	**FOTOGRAFICO**

ANEXOS: (Especificar el tipo de anexo, Actas, procedimientos, formatos)

Se reunieron el Supervisor y Contratista, con el fin de realizar el pago parcial del presente Contrato, y el suscrito Supervisor se sirve **CERTIFICAR** que el Contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales, certificando que ha verificado personalmente su ejecución con el informe de actividades y el pago de la seguridad social.

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

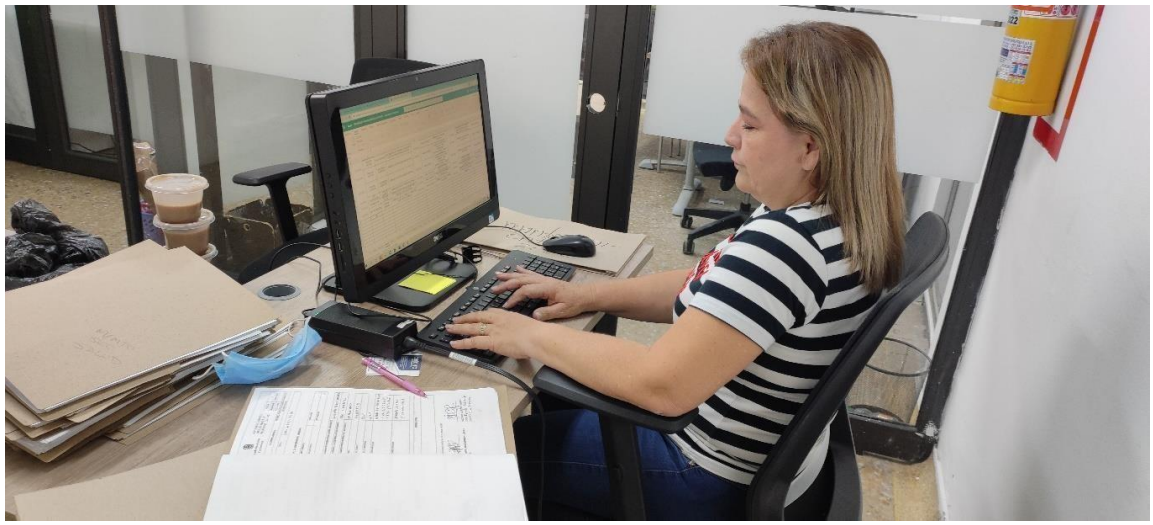
DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	*$10.000.000*	
VALOR ADICIÓN		
PRIMER PAGO		*$ 2.500.000*
SEGUNDO PAGO		*$ 2.500.000*
TERCER PAGO		$2.500.000
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		*$2.500.000*
TOTAL (SUMAS IGUALES	*$10.000.000*	*$10.000000*

DADO EN FLORIDABLANCA A LOS 05 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2022.

LAURA ROCIO MOLANO PEDRAZA
NOMBRE DEL SUPERVISOR

EMMA TULIA ALMEIDA
CONTRATISTA





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30210401
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMMA TULIA ALMEIDA RAMIREZ ALMEIDA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 47 NO 3 O9CCIDENTE 12	TELÉFONO:	6424448
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4436014148**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/04/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999629678	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.400	$ 0	$ 230.400
SUBTOTALES:										**$ 230.400**	**$ 0**	**$ 230.400**

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													**$ 180.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.600	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 30210401	ALMEIDA RAMIREZ EMMA TULIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.440.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.440.000	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.440.000	$ 180.000	$ 0	$ 180.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.440.000	30210401	$ 7.600		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	**$ 418.000**