EL MUNICIPIO DE EL SANTUARIO
NIT 890.983.813-8

FECHA		
DÍA	**MES**	**AÑO**
07	Mayo	2024

DEBE A:

NOMBRE: **LUZ ESLEDIN GONZALEZ LOPEZ**

IDENTIFICACIÓN: **C.C.:** [x] **NIT:** [ ] **NÚMERO:** 43795133

LA SUMA DE:

(LETRAS) **DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M.L.C**

(NÚMEROS) **$ 2.500.000**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO NO. 180-CPS-097-2024 **DESEMBOLSO NO.** 3

OBJETO: Promover, ejecutar y desarrollar actividades de manualidades para las personas adultas mayores del municipio de el santuario

SUPERVISOR: **Secretaria de Protección Social – GLADYS CECILIA ARISTIZABAL JIMENEZ**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **Desde el 01 Abril** **Hasta el 30 de Abril**

TELEFONO: **3136814076- 5462201**

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA NO.: **64782756409** **ENTIDAD BANCARIA:** **BANCOLOMBIA**

AHORROS: [x] **CORRIENTE:** [ ]

Luz Esledin González L

FIRMA CONTRATISTA

10/05/24

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43795133
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ ESLEDIN GONZALEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTO DOMINGO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 53 AA N 38-22 TORRE 3	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1743347497**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998641583

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 162.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 31.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43795133
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ ESLEDIN GONZALEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTO DOMINGO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 53 AA N 38-22 TORRE 3	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4548661548**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:*	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: marzo		
	AÑO: 2024		AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	30				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998619799		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

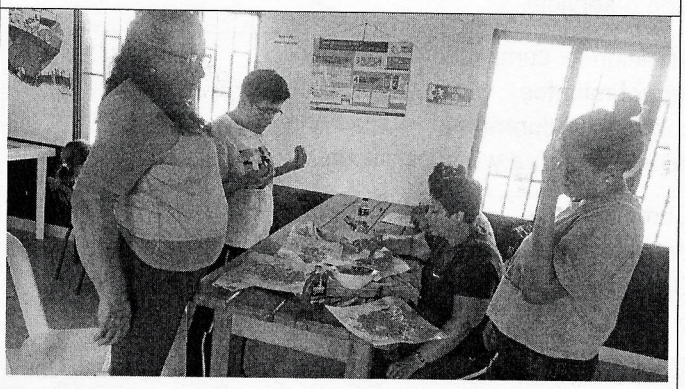
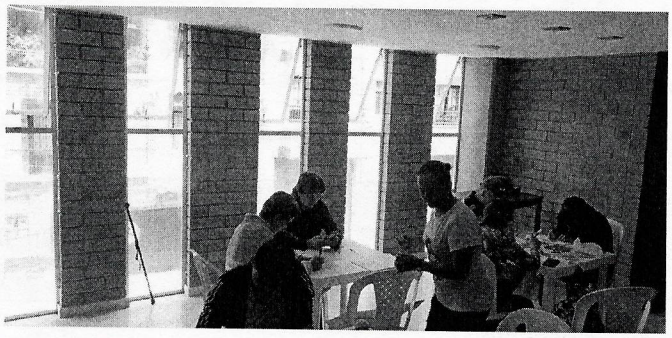
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 213.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 213.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 166.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 166.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 32.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 32.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 10.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 412.400**

Municipio de
El Santuario

INFORME DE ACTIVIDADES Y ACTA DE INTERVENTORIA Y/O SUPERVISION PERSONAS NATURALES	
CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS N°	180-CPS-097-2024
CONTRATANTE:	MUNICIPIO EL SANTUARIO ANTIOQUIA
CONTRATISTA:	LUZ ESLEDIN GONZALEZ LOPEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR:	GLADYS CECILIA ARISTIZABAL JIMENEZ
OBJETO:	PROMOVER, EJECUTAR Y DESARROLLAR ACTIVIDADES DE MANUALIDADES PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL MUNICIPIO DE EL SANTUARIO
VALOR INICIAL:	($ 12.500.000) DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M.L.C
PLAZO INICIAL:	Desde la firma del acta de inicio hasta el 29 de Junio del 2024
FECHA DE ACTA DE INICIO:	31 de enero del 2024
ADICION OTRO SI	n/a
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	($ 12.500.000) DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M.L.C
AMPLIACION – Plazo	
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR (ES)	GLADYS CECILIA ARISTIZABAL JIMENEZ
POR PARTE DEL CONTRATISTA	LUZ ESLEDIN GONZALEZ LOPEZ

grupos de mínimo 10 adultos mayores en el área rural, los gastos de transporte a la zona rural correrán por cuenta del contratista.		
Asistir a los eventos y reuniones que se programen por parte de la dependencia y que tengan que ver con el cumplimiento del objeto del contrato.	Apoye en el taller de la brújula, en las elecciones del cabildo, posesión del cabildo ante el consejo municipal	
Apoyar, asesorar y asistir a las reuniones de los grupos de trabajo donde se ventilen temas relacionados con el tema objeto del presente contrato.	Estuve presente en las reuniones de trabajo programadas por la supervisora del contrato y que van encaminados al fortalecimiento institucional mediante la buena relaciones laborales	
Presentar al interventor del contrato un informe detallado de las labores realizadas mes por mes durante la vigencia del contrato	Se presenta informe de cuenta de cobro donde se describen las diferentes acciones realizadas para el cumplimento del objetivo contractual.	**\\192.168.1.121\Gestordocumental\2024\CENTRO DIA MONSEÑOR IVAN CASTAÑO\180.20.01 INFORMES A ENTES DE CONTROL\INFORMES 2024\Luz Esledin\3.Abril\Evidencias//**

EVALUACION AL PROVEEDOR O CONTRATISTA		
Criterios de Validación (Marque con una X según corresponda) **(C)** Cumple - **(NC)** No Cumple		
OPCIONES A EVALUAR	**C**	**NC**

REUNION	
El Interventor y/o Supervisor certifica que el Contratista cumplió satisfactoriamente con las actividades del objeto del contrato durante el periodo comprendido entre el día **01 de Abril y el día 30 de Abril del año 2024** bajo la factura o documento equivalente Nro. **03 fechado el día 07 de Mayo** del presente año, por valor **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000),** incluido IVA, y que los valores de la factura o documento equivalente en mención son correctos, por lo que autorizo efectuar el pago. A la fecha se constata que cumplió con la obligación de pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales para el periodo de cobro de conformidad con los preceptos consagrados en la Ley 797 de 2003 – articulo 15 -, Ley 1753 de 2015 – inciso tercero artículo 135 - y el Decreto 1562 de 2012 – artículo 2º -.	
PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, FIRMAN LA PRESENTE ACTA LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON AL LOS SIETE (07) DÍA DEL MES DE MAYO DE 2024	
Gladys Aristizabal J	Luz Esledin Gonzalez L
GLADYS CECILIA ARISTIZABAL JIMENEZ Interventor y/o supervisor	**LUZ ESLEDIN GONZALES LOPEZ** Contratista