TIPO DE INFORME				No. DE CONTRATO	PERIODO DEL INFORME	
					DESDE	HASTA
PARCIAL	X	FINAL		1214-2024	08/07/2024	31/07/2024
N° PROCESO CONTRATACION SECOP				DC-SGP-CD-047-2024		
CONTRATANTE				DEPARTAMENTO DEL CAUCA		
CONTRATISTA				DANIELA ZAPATA MUÑOZ		
No. DE IDENTIFICACIÓN				1.113.532.606	EXPEDIDA EN	CANDELARIA (VALLE)
No. TELÉFONO y/o CELULAR				3186723765		
SUPERVISOR				MILLER MIGUEL HURTADO MUÑOZ		
NIVEL				DIRECTIVO	DESPACHO	SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
INTERVENTOR (si aplica)				N/A		
No. DE IDENTIFICACIÓN				N/A	EXPEDIDA EN	N/A
No. TELÉFONO y/o CELULAR				N/A		
APOYO A LA SUPERVISION				JEANNETTE JUDITH SOTELO		
IDENTIFICACION				25.274.735	EXPEDIDA EN	N/A
NIVEL EDUCATIVO				PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
No. TELÉFONO y/o CELULAR				3046189709		
CDP No.				1937 del 03-04-2024	CRP No.	2506 de 17 de abril de 2024
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				03 - 2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.06 – 896 03 - 2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.08 - 896	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	El valor total estimado del contrato a celebrar es por hasta VEINTINUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($29.742.000) de los cuales hasta VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($25.200.000) corresponden al pago por concepto de honorarios,

			y hasta CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($4.542.000), como tope máximo por concepto de gastos permanencia, viaje y/o desplazamiento durante la vigencia del contrato, los cuales se financiarán con recursos de inversión
FORMA DE PAGO	El valor total del contrato a celebrar es hasta por la suma de VEINTINUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($29.742.000), de los cuales hasta VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($25.200.000), corresponden al pago por concepto de honorarios, los cuales se cancelarán así: seis (6) actas parciales cada una por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000). Cada acta parcial se pagará previa presentación del informe de actividades, cuenta de cobro, constancia de recibo a satisfacción del servicio suscrita por el supervisor del contrato y presentación de los comprobantes de pago de Seguridad Social. PARAGRAFO PRIMERO. GASTOS DE PERMANENCIA, VIAJE Y/O DESPLAZAMIENTO: En caso de que se requiera que el contratista realice actividades fuera del domicilio contractual, el Departamento procederá a reconocer estos gastos hasta por el valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($4.542.000). Será responsabilidad exclusiva del supervisor, el autorizar los montos de gastos de desplazamiento de acuerdo	**PAGO No.**	02

	a la estricta sujeción a los reales costos del mercado que integren el desplazamiento autorizado.		
VALOR A PAGAR	4.200.000		
BALANCE FINANCIERO			
VALOR CONTRATO	$ 29.742.000		
VALOR EJECUTADO		$8.400.000	
SALDO POR EJECUTAR		$21.342.000	
PAGO SEGURIDAD SOCIAL			
IBC al sistema de Seguridad Social (40% del Ingreso mensual)	$ **2.000.000**	**PERIODO COTIZADO**	JUNIO/2024
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	$ 253.800
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	$ 10.700
AFP	PORVENIR	VALOR PAGADO	$ 324.900
VALOR TOTAL PLANILLA	$ 630.100	PLANILLA No.	1951809841

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ENLACE PARA EL PLAN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPALES DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN Y GARANTIAS DE NO REPETICION EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LA SEGURIDAD HUMANA, LA CONVIVENCIA, Y EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA POBLACIÓN FIRMANTE DEL ACUERDO DE PAZ Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.

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 período de tiempo comprendido entre el **08 de JULIO de 2024 al 31 de JULIO de 2024** y cumpliendo con el pago al Sistema de Seguridad Social, por lo que se autoriza el pago.

DESARROLLO DE LA SUPERVISION

Durante el periodo comprendido entre el **08 de JULIO de 2024 al 31 de JULIO de 2024** la contratista desarrolló las siguientes actividades:

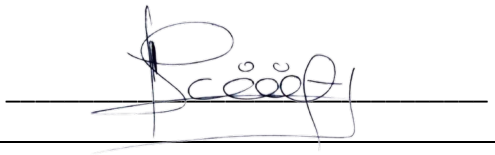
1. Realizar 5 talleres de protección, autoprotección y rutas de atención orientados a líderes, lideresas, defensores, defensoras y funcionarios públicos de los municipios priorizados.

2. Socializar con 14 municipios del departamento del Cauca, la caja de herramientas para la construcción y/o actualización de los planes de prevención, protección y garantías de no repetición.
3. Brindar asistencia técnica en actualización y/o creación a 4 municipios con relación al documento técnico para la formulación del plan de prevención, protección y garantías de no repetición
4. Apoyar a la secretaria de gobierno y participación en la estructuración del marco lógico, concepto sectorial y técnico para la actualización del Plan de Prevención, Protección y Garantías de no repetición Departamental.
5. Apoyar a la secretaria de gobierno y participación en la realización de las sesiones ordinarias del comité de PPGNR. (Prevención, protección y garantías de no repetición) departamental y municipales y llevar a cabo la secretaría técnica dentro de las mismas
6. Las demás que le sean asignadas por el supervisor y que se encuentren dentro de la órbita del objeto contractual.

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 de **JUNIO de 2024**, vigencia del contrato No. **1214 de 2024** tal como se demuestra en el informe presentado.

DOCUMENTOS ANEXOS	**No. FOLIOS, CD'S, DVD'S**
1. Seguridad social de **JUNIO 2024** (planilla y soporte de pago)	CD

Dado en la ciudad de Popayán, **(31) días del mes de JULIO de 2024**

FIRMA SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1113532606
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIELA ZAPATA MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 3#2-42 APARTAENTO 206	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1951809841**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9855078267

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 0	$ 320.000	$ 4.900	$ 324.900
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 4.900**	**$ 324.900**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 250.000	$ 3.800	$ 0	$ 253.800
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 253.800**

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	$ 10.500	$ 10.500	$ 200	$ 0	$ 10.700
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 10.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 40.000	$ 700	$ 40.700
SUBTOTALES:			**$ 40.000**	**$ 700**	**$ 40.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
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	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

Gmail **Daniela Zapata <corozo013@gmail.com>**

SOI - Soportes de pago planilla 1951809841

1 mensaje

soportesoi@achcolombia.com.co <soportesoi@achcolombia.com.co> 23 de julio de 2024, 11:43
Para: COROZO013@gmail.com



Señor(a):
null
Ciudad,

Adjunto a este correo encontrará un archivo con extensión .zip o .pdf que contiene la información correspondiente a el soporte de pago de la planilla integrada número 1951809841, pagada el día 23 de julio del año 2024 por un valor de $630.100

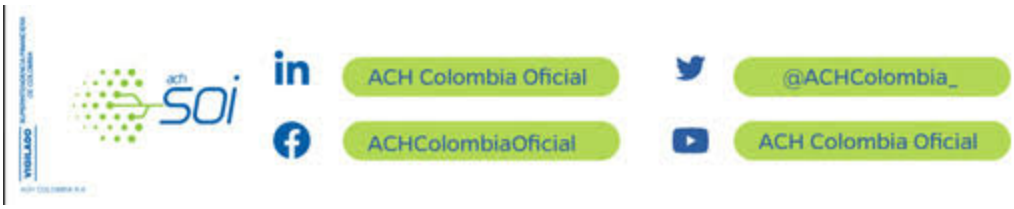
La liquidación de la planilla corresponde a la siguiente información:

Aportante: DANIELA ZAPATA MUNOZ
Tipo de planilla: I
Periodo de cotización: 2024-06

Cordialmente,
SOI La red de la Seguridad Social

Por favor no responda a este mensaje ya que se ha enviado de forma automática. Si requiere información adicional, contáctese con nuestras líneas de Servicio al Cliente.

AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos está dirigido para ser usado únicamente por su(s) destinatario(s) y pueden contener información confidencial y/o reservada protegida legalmente. Si usted no es el destinatario, se le notifica que cualquier distribución o reproducción del mismo, o de cualquiera de sus anexos, está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido este mensaje por error, notifíquenos inmediatamente y elimine su texto original, incluidos los anexos, o destruya cualquier reproducción del mismo. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización de ACH COLOMBIA S.A será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad. Las opiniones contenidas en este mensaje son responsabilidad exclusiva de quien las emite y no necesariamente reflejan la opinión de ACH COLOMBIA S.A. Este mensaje ha sido verificado con software antivirus. En consecuencia, ACH COLOMBIA S.A. no se hace responsable por la presencia en él, o en sus anexos, de algún virus que pueda generar daños en cualquier equipo o programa del destinatario.



SoporteDePago.General.1951809841.604455091000.pdf
174K