

FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO											
VERSIÓN: 001					Pagina: 1 de 1						
Dependencia:		SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO		Número de pago:	3	Total de pagos:	10	Fecha:	0 de enero de 1900		
ACTO ADMINISTRATIVO											
Marque con "X" OPS _____ CONTRATO ☒ RESOLUCIÓN _____ FACTURA _____ CONVENIO _____		DATOS ESPECÍFICOS Número: 120-10-04-003-2024 Fecha de iniciación: 5 de marzo de 2024 Fecha de suscripción: 05 de marzo de 2024 Fecha de terminación: 31 de Diciembre de 2024 N° CDP: 145-517 Fecha: 17/02/2024 - 15/06/2024 Duración: 9 Meses 25 Días N° RP: 295-919 Fecha: 5/03/2024-15/06/2024 Período a pagar: 01 de mayo al 30 de mayo de 2024 Requiere Informe: SI _____ NO _____ ☒ Suspensión No.: _____ En tiempo: _____ Entregó Informe: SI _____ NO _____ ☒ Prorroga No.: _____ En tiempo: _____									
Objeto:		SUMINISTRO DE LUBRICANTES, ACEITES, GRASAS FILTROS Y COMBUSTIBLES DESTINADOS AL PARQUE AUTOMOTOR DE LOS VEHÍCULOS DEL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA.									
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA											
Nombre:		HENAQ BAYONA S.A.S									
Identificación:		Tipo de documento:		Cédula	Nit:	X	Número:	900.423.194 - 0	DV:	0	
Dirección:		CL 82 11-33									
Número de Teléfono:				FAX:				CEL:	3203563164		
Clase y número de cuenta:		Cuenta:	Ahorros	☒	Número:	3,987E+11	Banco:	DAVIVIENDA			
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural:		Persona Jurídica:					
				Gran Contribuyente:		Autoretenedor:					
				IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro:					
				Actividad IICA- Código CIIU:		7310		Tarifa:			
				Ha verificado de esta información frente al RUT:				☒		NO: _____	
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO											
Valor inicial del contrato:		\$ 36.000.000,00									
Adición No. 01		\$ 14.000.000,00									
Adición No. _____		\$ 0,00									
Adición No. _____		\$ 0,00									
Valor Total del contrato:		\$ 50.000.000,00									
Valor pagado:		Anticipo		\$ 0,00							
		Primer Pago		Segundo Pago		Tercer pago					
		\$ 16.135.224,00		\$ 7.083.683,00		\$ 9.767.376,00					
		Septimo Pago		Octavo Pago		Noveno Pago					
		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00					
Total Pagado:		\$ 23.218.907,00									
Valor a pagar en el periodo:		\$ 9.767.376,00									
Saldo:		\$ 17.013.717,00									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente:				SI: ☒		NO: _____		# de folios:	0
		El informe cumple con lo estipulado en el contrato:				SI: ☒		NO: _____			
		Se remitió al Comité de contratación:				SI: _____		NO: _____		☒	Fecha:
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:									
		Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato									
		Persona Natural:									
		Aportes a Salud					Aportes a Pensión				
		Valor pagado \$ 1.417.100 Período 01 de mayo al 30 de mayo de 2024 Comprobante de pago Número: 659305155 Fecha de pago: 24 de mayo de 2024					Valor pagado \$ 5.837.700 Período 01 de mayo al 30 de mayo de 2024 Comprobante de pago Número: 659305155 Fecha de pago: 24 de mayo de 2024				
SOLICITUD DE PAGO		Aportes ARP					Pensionado:				
		Valor pagado \$ 320.200 Período 01 de mayo al 30 de mayo de 2024					SI: _____ NO: ☒ SI: _____ NO: ☒				
		Persona Jurídica:					Anexa Certificación del Revisor Fiscal:				
		SI: _____ NO: ☒									
FIRMA DEL SUPERVISOR		Anexos: Copia de aporte a pensión									
		Copia de aporte a salud									
		Copia aporte ARP									
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		Yinini María Patricia Ortiz					SI: ☒		NO: _____		
C.C.:		43.117.192					SI: ☒		NO: _____		
CARGO:		SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO									

02/08

Información básica de la planilla

Empresa: HENAO BAYONA S A S
Tipo Planilla: E
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 77246919
Fecha de vencimiento: 24/05/2024
Fecha de Pago: 24/05/2024

NIT: 900423194
Periodo liquidación Pensiones: abril 2024
Periodo liquidación Salud: mayo 2024
Total a pagar: \$8,992,100
Total de empleados: 12
Número de Administradoras: 12

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: BANCO DAVIVIENDA
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
Número Autorización: 659305155

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12		\$0	\$320,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		\$0	\$1,048,000
230301	800224808	Porvenir	7		\$0	\$3,303,500
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1		\$0	\$1,190,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$296,200
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	4		\$0	\$295,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	8		\$0	\$1,122,100
EPS001	830113831	ALIANSAUD EPS S.A.	2		\$0	\$680,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	4		\$0	\$270,100
EPS010	800088702	EPS Sura	2		\$0	\$172,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	2		\$0	\$149,700
EPS040	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	2		\$0	\$145,300
						\$8,992,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.