| | CONTRATO | CÓDIGO TRD: 210-08-07 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO | FECHA: 23/01/2024 |
| | | PÁGINA: |

## INFORMACIÓN BÁSICA

### ESPACIO PARA RADICACIONES

| SECRETARIA DE GOBIERNO | SECRETARIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA | DESPACHO ALCALDE | SECRETARIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA |
|---|---|---|---|
| DEVOLUCION | DEVOLUCION | DEVOLUCION | DEVOLUCION |
| 01/07/24 | | | |

### I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| CONTRATO: | 18 | DE | 2024 |
|---|---|---|---|

**OBJETO:**

ESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, EN EL DESARROLLO Y ASESORIA DEL PROCESO CONTABLE EN LA SECRETARIA FINANCIERA Y ADMINISTRAATIVA DEL MUNICIPIO DE NOCAIMA CUNDINAMARCA

**CONTRATISTA**

*PMA CONSULTORES Y ASESORES SAS*

**IDENTIFICACION**

*NIT: 901.351.003*

### II. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Suscripcion del Contrato: | 24 | DE | 1 | DE | 2024 |
| Fecha Acta de Inicio : | 25 | DE | 1 | DE | 2024 |
| Plazo de ejecución | 5 MESES, 6 DÍAS | | Tiempo Adicion y Prorroga | | |
| Fecha Inicial de terminación del Contrato: | 30 | DE | 6 | DE | 2024 |
| Fecha Firma Prorroga | | DE | | DE | |
| Nueva fecha de terminación del Contrato: | | DE | | DE | |

### III. INFORMACION DEL PAGO PARCIAL y/o FINAL

### IV. FORMA DE PAGO

*El MUNICIPIO pagará al CONTRATISTA el valor pactado de la siguiente manera: cinco (5) pagos, así: A. UN (1) primer pago con corte al día 31 del mes de enero de 2024 por la suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($3.333.000.oo); B. CINCO (5) pagos mes vencido cada uno por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000,oo).*

| | CONTRATO | CÓDIGO TRD: 210-08-07 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO / INFORME DE SUPERVISION | FECHA: 23/01/2024 |
| | | PÁGINA: |

| Contratista | PMA CONSULTORES Y ASESORES SAS | Periodo de Actividades | 01 DE MAYO A 31 DE MAYO DE 2024 |
|---|---|---|---|

*OBLIGACIONES ESPECIFICAS*

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | REALIZADAS | ACTIVIDAD DESARROLLADA |
|---|---|---|
| Contabilización de documentos como órdenes de pago, comprobantes de egreso. | SI | Se contabilizan órdenes de pago y comprobantes de egreso correspondientes al mes de mayo de 2024. |
| Elaboración de notas contables. | SI | Se realiza la causación de Ingresos propios del mes de mayo de 2024. Contabilización SGP cuarta doceava de la vigencia 2024. Contabilización Recursos Sistema General de Regalías mes mayo 2024. Se causa Sobretasa a la gasolina cuenta por cobrar mes mayo 2024 |
| Elaboración de las conciliaciones bancarias diciembre 2023. | SI | Se realiza conciliación de cuentas bancarias del municipio correspondientes al mes de abril de 2024. |
| Causar los ingresos recaudados en el municipio | SI | Se causan ingresos correspondientes al mes de abril de 2024 según recaudo del período. |
| Revisión de nómina con sus respectivas provisiones | SI | Se realiza Revisión de saldos de provisiones a 31 de mayo de 2024 |
| Causar la depreciación de activos. | SI | Se Realiza la Depreciación del mes de mayo de 2024 |
| Elaboración y Presentación de Estados Financieros con su respectivo análisis y notas contables. | SI | Presentacion de Estados financieros correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2024. Para cargar en el aplicativo CHIP |
| Presentación de Información exógena a la DIAN | SI | Se adelanto la preparación de la información para presentar en laexógena. |
| . Elaboración de la declaración mensual de la retención en la fuente presentada a la DIAN. | SI | Se presenta la declaración de Retención en la fuente a título derenta, correspondiente al mes de abril de 2024. |
| Presentación de Información contable Convergencia trimestralmente vía CHIP a la Contaduría General de la Nación de acuerdo al cronograma establecido de la Contaduría General de la Nación. | SI | Se presento informes contables del primer trimestre de la vigencia 2024:<br>- Información contable Convergencia trimestralmente vía CHIP a la Contaduría General de la Nación. |
| Presentación vía CHIP e la Información Boletín de Deudores Morosos a la Contaduría | NO | Este informe se presenta con periodicidad semestral en junio y diciembre. |
| Asesoría contable y financiera. | SI | Asesoria contable para el desarrollo de las diferentes actividades correspondiente a la Secretaria financiera y administrativa delmunicicipio de Nocaima Cundinamarca. |

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR: | HELBER YAIR GUANA TRIANA | SUPERVISOR |
| CARGO: | SECRETARIO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO | |
| DEPENDENCIA: | Secretaría Financiera y Administrativa | |
| E- MAIL | hacienda@nocaima-cundinamarca.gov.co | |
| TELEFONO: | 3007276824 | |

| | CONTRATO | CÓDIGO TRD: 210-08-07 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO ÚNICO DE LIQUIDACIÓN Y TRÁMITE DE PAGO | FECHA: 23/01/2024 |
| | | PÁGINA: |

## INFORMACIÓN PARA GIRO Y CERTIFICACIÓN

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contratista | PMA CONSULTORES Y ASESORES SAS | | | Contrato No: | 018 DE 2024 | | |
| Tipo de Pago | Parcial | X | | Final | | Pago No. | 5 |
| Periodo de Pago | PRIMERO (01) DE MAYO DE 2024 A TREINTA Y UNO (31) DE MAYO DE 2024 | | | | | | |
| No. Factura y/o Cuenta de Cobro | 5 | | | Fecha | 22/07/2024 | | |
| Valor | $ 4.000.000,00 | | Valor en Letras: | CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE | | | |

**Información de la Cuenta Bancaria Activa para Consignación:**

| Banco: | BANCOLOMBIA | Cuenta No. | 385-0000206-8 | Ahorro | X | Corriente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## CERTIFICACIÓN

1 Como supervisor o interventor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el período correspondiente al presente pago.

2 El contratista realizó los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL.

3 Los aportes realizados por el contratista corresponden al período y monto establecidos por ley para la cotización, como se detalla a continuación:

**INFORMACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL**

| SALUD | | | | PENSION | | | | A.R.L | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | | | | ENTIDAD | | | | ENTIDAD | | | |
| PERÍODO | | | | PERÍODO | | | | PERÍODO | | | |
| PLANILLA | | | | PLANILLA | | | | PLANILLA | | | |
| I.B.C. | | APORTE | | I.B.C. | | APORTE | | I.B.C. | | APORTE | |

**OBSERVACIONES**

**Anexa certificacion de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social integral incluyendo los riesgos laborales y aportes parafiscales**

| | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR: | HELBER YAIR GUANA TRIANA |
| CARGO: | SECRETARIO FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO |
| DEPENDENCIA: | SECRETARÍA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA |
| E- MAIL | hacienda@nocaima-cundinamarca.gov.co |
| TELEFONO: | 300 7276824 |
| | FIRMA |

La presente certificación se expide a los: Veintidos (22) de Julio de 2024