Alcaldia

930

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:	2	Total de pagos:	7	Fecha:	31/05/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

OPS	
CONTRATO	X
RESOLUCIÓN	
FACTURA	
CONVENIO	

DATOS ESPECÍFICOS

Número:	120-10-04-010-2024			Fecha de iniciación:	04 MAYO 2024		
Fecha de suscripción:	04 mayo 2024			Fecha de terminación:	31 DICIEMBRE 2024		
N° CDP:	374	Fecha	19 de abril 2024	Duración:	6	Meses	26 Días
N° RP:	708	Fecha :	04 mayo 2024	Periodo a pagar:	04 mayo al 30 de mayo 2024		
Requiere Informe:	SI:	NO:	X	Suspensión No.:		En tiempo:	
Entregó Informe:	SI:	NO:	X	Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: SUMINISTRO DE RACIONES ALIMENTARIAS (DESAYUNOS, ALMUERZOS Y CENAS) A FAVOR DE LA LOS FUNCIONARIO DE LA ALCALDIA MUNCIIPAL Y LA FUERZA PÚBLICA QUE PRESTA EL SERVICIO DE FORMA TRANSITORIA EN LA MUNICIPALIDAD, LA POBLACIÓN CAPTURADA Y SINDICADA Y ADOLESCENTES QUE ENTRAN EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL E INGRESAN AL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA LA ADOLESCENTES – SRPA (Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes) EN EL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	1.037.070.134	DV.	1
Dirección:									
Número de Teléfono:	-		FAX:				CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	2348245433,00	Banco:	BANCOLOMBIA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS — Marque con "X"

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-
Actividad IICA- Código CIIU:		5611	Tarifa: -
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:		$ 35.000.000,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 35.000.000,00

Valor pagado:

Anticipo	$ 0,00				
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$9.637.770,00	$4.747.850,00	$ 0,00	**$ 0,00**	$ 0,00	$ 0,00
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 9.637.770,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 4.747.850,00**
Saldo:	$ 20.614.380,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	15
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $	162.500	Periodo	04 mayo al 30 de mayo 2024
Comprobante de pago Número:			7924009149
Fecha de pago:			10 de mayo de 2024

Aportes ARP

Valor pagado $	13.600	Periodo	04 mayo al 30 de mayo 2024

Aportes a Pensión

Valor pagado $	208.000	Periodo	04 mayo al 30 de mayo 2024
Comprobante de pago Número:			7924009149
Fecha de pago:			10 de mayo de 2024
Pensionado:	SI:		NO: X
Certificación:	SI:		NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN CAMILO CHAVERRA CANO

C.C.: 70.553.707

CARGO: SECRETARIA DE GENRAL Y DE GOBIERNO

13/06

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1037070134
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 51 BOLVAR	TELÉFONO:	3155150
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7924009149	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			630492509

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
SUBTOTALES:									$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 7.800	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:			$ 7.800	$ 0	$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 1037070134	CLAVIJO DAZA JONNY ARBEY	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	103707013	$ 13.600

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.300.000	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 391.900