aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061767992		CALDERON MUÑOZ STEFANY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 31 NORTE No 6D-15 ALICANTE	POPAYAN-CAUCA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	874512669	9470878146	I	2024/08/23	2024/08/29	NEQUI	6	$408.300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0
1	CC	1061767992	CALDERON STEFANY	25-14	30	$1,400,000	$224,000	EPS003	30	$1,400,000	$175,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,400,000	$7,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0

2024/08/29 10:00 AM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061767992		CALDERON MUÑOZ STEFANY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 31 NORTE No 60-15 ALICANTE	POPAYAN-CAUCA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	374512669	9470878146	I	2024/08/23	2024/08/29	NEQUI	6	$408,300

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$1,000	$0	$225,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$224,000	$1,000	$0	$225,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$100	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$100	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$800	$0	$175,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$175,000	$800	$0	$175,800

e: <

Enviado: Thursday, August 29, 2024 10:00:06 AM

Para: <

Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 874512669



Personería Municipal de Popayán	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: FT-GC-003
	INFORME DE SUPERVISIÓN-CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	Versión: 02
		Fecha: 01/02/2024

DATOS GENERALES DEL CONTRATO: 029-2024

OBJETO:

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO BRINDANDO APOYO AL AREA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS Y SERVICIOS DE SALUD EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA QUE SE ADELANTEN EN LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYÁN

Nombre del Contratista:	**STEFANY ANDREA CALDERON MUÑOZ**		
C.c. o Nit:	1.061.767.992	Res. Aprobación Póliza	N/A
Número del Contrato	**029-2024**	Fecha de Inicio del Contrato	13 de febrero de 2024
Valor del Contrato	**$24.500.000**	Fecha de Terminación	12 de septiembre de 2024
Valor IVA (Asumido o incluido)	$ 0	Número del CDP	# 55 del 09 de febrero de 2024
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato	**$ 24.500.000**	Número del Registro	# 55 del 13 de febrero de 2024
N° de la Adición	N/A	Fecha de Firma de la Adición	N/A
Valor de la Adición	N/A	Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato	N/A
Valor Total del Contrato	**$ 24.500.000**	N° del CDP de la Adición	N/A
Valor Registro Ppal de la Adición	N/A	N°. Registro Ppal de la Adición	N/A
Periodo a Certificar	Acta parcial No. 006 del contrato 029-2024 - PERIODO A COBRAR DEL 01 DE AGOSTO DE 2024 AL 31 DE AGOSTO DE 2024		
Con el objeto de proceder a la suscripción del	Acta parcial No. 007 del contrato 029-2024		

Se presenta el Informe de supervisión del contrato de la referencia, con fundamento en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, art 83 de la ley 1474 de 2011 y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
ENERO			0%	JULIO	$ 3.500.000		14%
FEBRER	$ 2.100.000		9%	AGOSTO	$ 3.500.000		14%
MARZO	$ 3.500.000		14%	SEPTIEMBRE			0%
ABRIL	$ 3.500.000		14%	OCTUBRE			0%
MAYO	$ 3.500.000		14%	NOVIEMBRE			0%
JUNIO	$ 3.500.000		14%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		**$ 23.100.000**	94%	**Valor por Ejecutar:**			**$ 1.400.000**

PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Valor Mensual Honorarios	$ 3.500.000	**Ingreso Base Cotización (IBC)**	$ 1.400.000
Valor Mínimo a Pagar		**Valor Pagado por el Contratista**	

Concepto		Vlr Pagado	Diferencia	Planilla N°
Aportes Salud	$ 175.000	**Aportes Salud**	$ 176.000	**$ 0**	**No.9470878146**
Aportes Pensión	$ 224.000	**Aportes Pensión**	$ 225.200	**$ 0**	
Riesgos Laborales	$ 7.400	**Riesgos Laborales**	$ 7.500	**$ 0**	

INFORME SUPERVISOR DEL CONTRATO

Conforme a lo establecido en el contrato, las normas vigentes y los valores correspondientes al mes de ejecución expresado en este documento y verificado el CUMPLIMIENTO DEL OBJETO del contrato, la ejecución de las ACTIVIDADES, el pago de los APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, entrega de INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES, así como la existencia de toda la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL COMPLETA para proceder al pago de la presente acta. Informo que, he revisado la totalidad de actividades discriminadas en la correspondiente cláusula del contrato y he constatado que el contratista ha cumplido la totalidad de las mismas. De igual manera se verifico que el contratista no tiene pendiente por legalizar ningun gasto de viaje a la fecha del presente informe, informacion constatada con el proceso de Gestion Administrativa, asi como tambien se verificó por parte de la supervisión y/o apoyo de la supervision la entrega de la documentación para cargar en la plataforma SIA OBSERVA y los soportes cargados en la plataforma SECOP II de la cuenta de cobro del mes a pagar.

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN.

El supervisor o interventor dando cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la ley 80 de 1474 de 2011 certifica que el contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas en el informe, dentro del periodo establecido para el pago de la (7) acta parcial, aportando certificados de afiliciación a la seguridad social.

Anexo:	Informe de actividades del contratista.certificados de afiliciaón de salud, pesión, arl y planilla de pago del mes de Julio N° No.9470878146

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :	**02 de septiembre de 2024**
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	Nombre del Supervisor:
N/A	**LINA MARIA MUÑOZ REYES**
N/A	
FIRMA APOYO SUPERVISIÓN.	**FIRMA DEL SUPERVISOR**