Medellin, **30 de Septiembre de 2024**

CUENTA DE COBRO No. **7**

LA INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
NIT 890980134-1

DEBE A:
JUAN CAMILO GÓMEZ GONZÁLEZ
Cedula: 1.020.394.749 - 1

La suma de:
CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS
$5.421.660

POR CONCEPTO DE:

Séptimo pago por los servicios prestados en el mes de **Septiembre** de **2024** pactado en el contrato No.**CMA-CD-21208-100728-180-2024** celebrado el **21 de Marzo de 2024**, como **PROFESIONAL** con cargo al contrato/convenio **4600100728 de 2024**, celebrado entre la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia y **DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN** .

Favor consignar en la cuenta **Ahorros** No. **832445720** de **Bancolombia**

Atentamente,

Juan Camilo Gomez Gonzalez

JUAN CAMILO GÓMEZ GONZÁLEZ
Cedula: 1.020.394.749 - 1
Dirección : Calle 57 #50-117 interior 201
Teléfono : 3005460677
Celular : 3005460766

Registro Presupuestal No.	3751
Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.	668

Medellin, **30 de Septiembre de 2024**

Señores
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
Ciudad

Asunto: Declaración juramentada para disminuir la base gravable con el pago de seguridad Social y para la aplicación de la retención en la fuente por renta.

De acuerdo con lo establecido en el parágrafo 1 del articulo 4 del Decreto Nacional 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retencion en la fuente con los aportes que realizo al sistema de seguridad social por el contrato No.

CMA-CD-21208-100728-180-2024

Para tal efecto certifico bajo la gravedad del juramento que:

a) Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a revisión

b) El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponden al periodo que origina el pago del mes de:

Septiembre de 2024

c) Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla anexa, la cual corresponde a este contrato.

d) El monto para disminuir la base de retención en la fuente por concepto de Salud y Pensión, sin interés de mora es:

Salud	0
Pensión	0
ARL	0
Total	0

Adicionalmente, certifico que los aportes que estoy realizando al sistema de seguridad social, corresponde a la suma de los ingresos bases de cotización (IBC) de la totalidad de los contratos que tengo vigentes.

Las obligaciones tributarias corresponden a las relacionadas en el registro único tributario (RUT) presentado para la suscripción del contrato vigente; en caso de que estas obligaciones cambien, se notificará oportunamente a la Institución mediante copia del RUT actualizado.

Juan Camilo Gomez Gonzalez

JUAN CAMILO GÓMEZ GONZÁLEZ
Cedula 1.020.394.749 - 1

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-09-04, 07:53:49 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2024
Empresa	JUAN CAMILO GOMEZ GONZALEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1020394749
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	72998709
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	890043360
Banco	(1809) - NU
Valor	$ 684.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 347.200	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 271.300	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 52.800	$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	1	$ 13.000	$ 0
			SubTotales:	$ 684.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 684.300

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-09-10, 06:40:55 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2024
Empresa	JUAN CAMILO GOMEZ GONZALEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1020394749
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	73179447
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	905471814
Banco	(1809) - NU
Valor	$ 3.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 1.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 1.200	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 300	$ 0
		SubTotales:		$ 3.100	$ 0
		Total a Pagar:			$ 3.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pago en
ENLACE OPERATIVO S.A.

Descripción
Pago de Seguridad Social

La cantidad de
$ 684.300,00

Más impuesto IVA
$ 0,00

Fecha de Transacción
2024-09-04T12:55:43.558Z

CUS
890043360

Número de referencia 1
10.0.19.10

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1020394749

Número de la factura
72998709

Código de error

Pago realizado a través de PSE

Pago en
ENLACE OPERATIVO S.A.

Descripción
Pago de Seguridad Social

La cantidad de
$ 3.100,00

Más impuesto IVA
$ 0,00

Fecha de Transacción
2024-09-10T23:41:42.368Z

CUS
905471814

Número de referencia 1
10.0.19.10

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1020394749

Número de la factura
73179447

Código de error

Pago realizado a través de PSE

Privacidad - Términos

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO PROFESIONAL Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN GJ-FR-005		
	Versión: 03	Fecha: 09-02-2023	Página: 1 de 1

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL NÚMERO:	7		
ÁREA O PROCESO:	EXTENSION ACADEMICA Y PROYECCION SOCIAL	**No CONTRATO:**	CM-CD-21208-100728-180-2024
NOMBRE CONTRATIS	Juan Camilo Gomez Gonzalez	**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**	1020394749

ACTIVIDADES ESPECIFICAS (Deben ser coherentes con el objetivo general que se pretende lograr)	***METAS O PRODUCTOS (Deben ser consecuencia directa de las actividades especificas, describiendo los productos entregados, bien sea en cantidad, calidad y tiempo)**	**PORCENTAJE DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD (El porcentaje de cumplimiento de las actividades es acumulativo hasta llegar al 100% del cumplimiento del objetivo general)**
1. Realizar de acuerdo a los requisitos definidos por el Equipo de Seguridad Alimentaria la selección de familias beneficiarias del proyecto Sistemas Agroalimentarios (SISAGRO).	Selección de las familias participantes en el proyecto, de acuerdo a las especificaciones y requisitos indicados, levantamiento de líneas base y conformación de los núcleos una vez establecida la meta de familias por profesional para el periodo del contrato.	21,0%
2. Realizar asistencias técnicas o encuentros educativos a los usuarios del proyecto Sistemas Agroalimentarios (SISAGRO) en los temas definidos para el proyecto aplicando las guías metodológicas establecidas.	Realizar actividades de Asesoría, asistencia técnica y/o acompañamiento integral a los beneficiarios del proyecto asignados; así como los respectivos encuentros educativos en los temas agrícolas definidos mediante las guías metodológicas establecidas.	14,0%
3. Apoyar las actividades de los Centros Zonales de Seguridad Alimentaria donde se desarrollan procesos de formación con la comunidad.	Realizar visitas a centros zonales con grupos de familias en formación asignadas, de acuerdo a disponibilidad de espacios y transporte.	7,0%
4. Diligenciar los formatos de acuerdo a los lineamientos y directrices establecidas en el Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional y realizar proceso de digitación, digitalización y cargue en los aplicativos y Herramientas informáticas para la ejecución de los proyectos, estrategias, contratos y convenios suscritos.	Entregar el 100% de la información producida oportunamente, de acuerdo con los lineamientos y directrices establecidos por el Equipo de Seguridad Alimentaria	7,0%
5. Participar en las reuniones, actividades y demás encuentros que sean programados por el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín y el Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la implementación de la Política Pública de Seguridad y Soberanía Alimentaria y	Participar en el 100% de las reuniones, actividades y encuentros programados por el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín y el Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional	7,0%
6. Diligenciar Oportunamente el cronograma de actividades.	Ingresar oportunamente las actividades a desarrollar semanalmente.	7,0%
áreas, programas, proyectos y/oestrategias tanto al interior del Equipo de Seguridad Alimentaria como con la administración municipal y demásaliadosestratégicos que le sean delegados desde la Dirección del Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Articulaciones realizadas acorde a las solicitudes tanto al interior del Equipo de Seguridad Alimentaria como con la administración municipal y demás aliados estratégicos que le sean delegados desde la Dirección del Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	6,0%
8. Aplicar las guías metodológicas establecidas por cargo desempeñado para las áreas, programas, proyectos y estrategias del Equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos del	Desarrollar cada uno de los encuentros educativos del área agrícola (Planeación de la Huerta, Siembra, Compostaje y abonos orgánicos, manejo integral de plagas y enfermedades, biopreparados y buenas prácticas agrícolas, Semillas criollas y nativas) acorde a las guías metodológicas establecidas.	7,0%
	TOTAL SEGUIMIENTO AL AVANCE CONTRACTUAL:	76%

*De acuerdo con el plan de trabajo algunas metas serán de cumplimiento acumulativo y otras de cumplimiento inmediato.

ANTECEDENTES: Contrato en condiciones normales y buena ejecución

DESCRIPCIÓN DEL PAGO

Se autoriza el desembolso del pago correspondiente al periodo:	mes de Septiembre 2024
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO:	5.421.660

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		**45.180.500**			
VALOR TOTAL	**ADICIONES**	**REDUCCIONES**	**No DE PAGOS**	**FORMA DE PAGO ESTIPULADA EN EL CONTRATO**	**PAGOS AUTORIZADOS**
			1	1.987.942	1.987.942
			2	5.421.660	5.421.660
			3	5.421.660	5.421.660
			4	5.421.660	5.421.660
			5	5.421.660	5.421.660
			6	5.421.660	5.421.660
			7	5.421.660	5.421.660
			8	5.421.660	
			9	5.240.938	
			10		
			11		
				45.180.500	**34.517.902**
45.180.500		**-**		**% EJECUCIÓN**	**76%**

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nombre del supervisor:	**Gentil Eduardo Córdoba Rivera - Anny Paulina Lopera**			
Cargo del supervisor:	**Supervisor - Apoyo a la Supervision**			
Observaciones del supervisor:	El contratista cumplió a satisfacción el objeto contractual y las metas propuestas por el supervisor para el periodo de la ejecución reportada en el presente informe.			
Revisado y aprobado para pago:	**SI**	**X**	**NO**	
¿Se ha materializado los riesgos de contratación?	**SI**		**NO**	**X**
Justificación (en caso de ser afirmativo el riesgo):				

El supervisor certifica que la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo. Igualmente certifica que el contratista dio cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes Sistema General de Seguridad Social de conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. Adicionalmente certifico que los documentos anexos relacionados a este pago, fueron verificados y validados en todo su contenido.

Juan Camilo Gomez Gonzalez

Firma del Contratista

Firma Interventor o Supervisor

Leonardo Gomez P.