TIPO DE INFORME				**No. DE CONTRATO**	**PERIODO DEL INFORME**	
					DESDE	**HASTA**
PARCIAL	**X**	**FINAL**		1214-2024	01/10/2024	18/10/2024
N° PROCESO CONTRATACION SECOP	DC-SGP-CD-047-2024					
CONTRATANTE	DEPARTAMENTO DEL CAUCA					
CONTRATISTA	DANIELA ZAPATA MUÑOZ					
No. DE IDENTIFICACIÓN	1.113.532.606			**EXPEDIDA EN**	CANDELARIA (VALLE)	
No. TELÉFONO y/o CELULAR	3186723765					
SUPERVISOR	MILLER MIGUEL HURTADO MUÑOZ					
NIVEL	DIRECTIVO			**DESPACHO**	SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN	
INTERVENTOR (si aplica)	N/A					
No. DE IDENTIFICACIÓN	N/A			**EXPEDIDA EN**	N/A	
No. TELÉFONO y/o CELULAR	N/A					
APOYO A LA SUPERVISION	JEANNETTE JUDITH SOTELO					
IDENTIFICACION	34.560.798			**EXPEDIDA EN**	N/A	
NIVEL EDUCATIVO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO					
No. TELÉFONO y/o CELULAR	3046189709					
CDP No.	1937 del 03 de abril de 2024 4882 del 15 de octubre de 2024			**CRP No.**	2506 de 17 de abril de 2024 8542 del 18 de octubre de 2024	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	03 - 2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.06 – 896 03 - 2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.08 – 896 03 - 2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.06 - 896 03 -			**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	CUARENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($42.630.200), de los cuales hasta TREINTA Y SEIS MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE ($36.120.000) corresponden al pago por concepto de honorarios,	

	2.3.7.45.01.1000.03.2.3.2.02.02.08 - 896		y hasta SEIS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($6.510.200), como tope máximo por concepto de gastos permanencia, viaje y/o desplazamiento durante la vigencia del contrato, los cuales se financiarán con recursos de inversión
FORMA DE PAGO	El valor inicial del contrato es hasta por la suma de VEINTINUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE **($29.742.000**), de los cuales hasta VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($25.200.000), corresponden al pago por concepto de honorarios, los cuales se cancelarán así: seis (6) actas parciales cada una por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000). Cada acta parcial se pagará previa presentación del informe de actividades, cuenta de cobro, constancia de recibo a satisfacción del servicio suscrita por el supervisor del contrato y presentación de los comprobantes de pago de Seguridad Social. PARAGRAFO PRIMERO. GASTOS DE PERMANENCIA, VIAJE Y/O DESPLAZAMIENTO: En caso de que se requiera que el contratista realice actividades fuera del domicilio contractual, el Departamento procederá a reconocer estos gastos hasta por el valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($4.542.000). Será responsabilidad exclusiva del supervisor, el autorizar los montos de gastos de desplazamiento de acuerdo a la estricta sujeción a los reales costos	**PAGO No.**	06

	del mercado que integren el desplazamiento autorizado. El valor adicionado se pagará de la siguiente forma Dos (2) actas parciales cada una por valor de hasta CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000) y un (1) acta final proporcional a los días efectivamente ejecutados sin superar el veintiséis (26) de diciembre de 2024, cuya base de cálculo es el valor de hasta CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.200.000) como base de honorarios. Cada acta parcial se pagará previa presentación del informe de actividades, cuenta de cobro, constancia de recibo a satisfacción del servicio suscrita por el supervisor del contrato y presentación de los comprobantes de pago de Seguridad Social. PARAGRAFO PRIMERO. GASTOS DE PERMANENCIA, VIAJE Y/O DESPLAZAMIENTO: En caso de que se requiera que el contratista realice actividades fuera del domicilio contractual, el Departamento procederá a reconocer estos gastos hasta por el valor de UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($1.968.200). Será responsabilidad exclusiva del supervisor, el autorizar los montos de gastos de desplazamiento de acuerdo a la estricta sujeción a los reales costos del mercado que integren el desplazamiento autorizado.		
VALOR A PAGAR	4.200.000		
BALANCE FINANCIERO			
VALOR CONTRATO	$ 42.630.200		

VALOR EJECUTADO		$25.200.000	
SALDO POR EJECUTAR		$17.430.200	
PAGO SEGURIDAD SOCIAL			
IBC al sistema de Seguridad Social (40% del Ingreso mensual)	$ 3.**200.000**	**PERIODO COTIZADO**	OCTUBRE/2024
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	$ 400.000
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	$ 16.800
AFP	PORVENIR	VALOR PAGADO	$ 512.000
VALOR TOTAL PLANILLA	$ 992.800	PLANILLA No.	7945670181

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ENLACE PARA EL PLAN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPALES DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN Y GARANTIAS DE NO REPETICION EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LA SEGURIDAD HUMANA, LA CONVIVENCIA, Y EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA POBLACIÓN FIRMANTE DEL ACUERDO DE PAZ Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN

El Supervisor y/o Interventor dando cumplimiento a los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 certifica que el Contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas a continuación, dentro del período de tiempo comprendido entre el **01 de OCTUBRE de 2024 al 18 de OCTUBRE de 2024** y cumpliendo con el pago al Sistema de Seguridad Social, por lo que se autoriza el pago.

DESARROLLO DE LA SUPERVISION

Durante el periodo comprendido entre el **01 de OCTUBRE de 2024 al 18 de OCTUBRE** la contratista desarrolló las siguientes actividades:

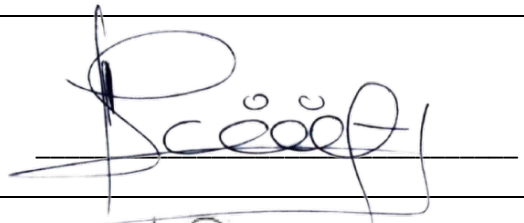
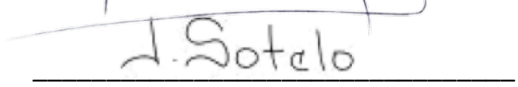
1. Realizar 5 talleres de protección, autoprotección y rutas de atención orientados a líderes, lideresas, defensores, defensoras y funcionarios públicos de los municipios priorizados.
2. Socializar con 14 municipios del departamento del Cauca, la caja de herramientas para la construcción y/o actualización de los planes de prevención, protección y garantías de no repetición.
3. Brindar asistencia técnica en actualización y/o creación a 4 municipios con relación al documento técnico para la formulación del plan de prevención, protección y garantías de no repetición
4. Apoyar a la secretaria de gobierno y participación en la estructuración del marco lógico, concepto sectorial y técnico para la actualización del Plan de Prevención, Protección y Garantías de no repetición Departamental.

5. Apoyar a la secretaria de gobierno y participación en la realización de las sesiones ordinarias del comité de PPGNR. (Prevención, protección y garantías de no repetición) departamental y municipales y llevar a cabo la secretaría técnica dentro de las mismas
6. Las demás que le sean asignadas por el supervisor y que se encuentren dentro de la órbita del objeto contractual.

El suscrito supervisor certifica que se ha cumplido con las condiciones y obligaciones a cargo del contratista y se da el visto bueno correspondiente del servicio prestado.
El suscrito supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud durante el periodo de **SEPTIEMBRE de 2024**, vigencia del contrato No. **1214 de 2024** tal como se demuestra en el informe presentado.

DOCUMENTOS ANEXOS	**No. FOLIOS, CD'S, DVD'S**
1. Seguridad social de **OCTUBRE 2024** (planilla y soporte de pago)	CD

Dado en la ciudad de Popayán, **(18) días del mes de NOVIEMBRE de 2024**

FIRMA SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1113532606
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIELA ZAPATA MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 3#2-42 APARTAENTO 206	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945670181**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1018656005

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 512.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 512.000	$ 0	$ 512.000
SUBTOTALES:										**$ 512.000**	**$ 0**	**$ 512.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 400.000
SUBTOTALES:													**$ 400.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 400.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 16.800	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 16.800
SUBTOTALES:									**$ 16.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 64.000	$ 0	$ 64.000
SUBTOTALES:			**$ 64.000**	**$ 0**	**$ 64.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1113532606	ZAPATA MUÑOZ DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.200.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 3.200.000	$ 512.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 512.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.200.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.200.000	111353260	$ 16.800	30	$ 3.200.000	CCF14-COMFACAUCA	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 992.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1113532606
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIELA ZAPATA MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 3#2-42 APARTAENTO 206	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945670181**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1018656005

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 512.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 512.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 400.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 400.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891500182	CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 64.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 64.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 16.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 992.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 992.800**

Planilla Pagada