Personería Municipal de Popayán	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: FT-GC-003
	INFORME DE SUPERVISIÓN-CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	Versión: 02
		Fecha: 13/02/2024

DATOS GENERALES DEL CONTRATO:

OBJETO:

"PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN RECEPCIÓN, ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y MANEJO DE DOCUMENTACIÓN DIRIGIDA AL DESPACHO DE LA PERSONERA MUNICIPAL DE POPAYÁN"

Nombre del Contratista:	**KAREN DAHIANA GARCIA GUTIERREZ**		
C.c. o Nit:	1.002.961.651	Res. Aprobación Póliza	N/A
Número del Contrato	**099-2024**	Fecha de Inicio del Contrato	**20 de Noviembre del 2024**
Valor del Contrato	**$ 5.000.000**	Fecha de Terminación	**31 de Diciembre de 2024**
Valor IVA (Asumido o incluido)	$ 0	Número del CDP	**376**
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato	**$ 5.000.000**	Número del Registro	**435**
N° de la Adición		Fecha de Firma de la Adición	
Valor de la Adición		Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato	
Valor Total del Contrato		N° del CDP de la Adición	
Valor Registro Ppal de la Adición		N°. Registro Ppal de la Adición	
Periodo a Certificar			
Con el objeto de proceder a la suscripción del	**ACTA No. 001**		

Se presenta el Informe de supervisión del contrato de la referencia, con fundamento en el articulo 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			100%	JULIO			0%
FEBRER			0%	AGOSTO			0%
MARZO			0%	SEPTIEMBRE			0%
ABRIL			0%	OCTUBRE			0%
MAYO			0%	NOVIEMBRE	$ 2.500.000		0%
JUNIO			0%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		**$ 2.500.000**	50%	**Valor por Ejecutar:**			**$ 2.500.000**

PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Valor Mensual Honorarios	$ 2.500.000	**Ingreso Base Cotización (IBC)**	$ 1.300.000

Valor Mínimo a Pagar		**Valor Pagado por el Contratista**			
		Concepto	**Vlr Pagado**	**Diferencia**	**Planilla N°**
Aportes Salud	$ 162.500	**Aportes Salud**	$ 162.500	**$ 0**	**9478425572**
Aportes Pensión	$ 208.000	**Aportes Pensión**	$ 208.000	**$ 0**	
Riesgos Laborales	$ 6.800	**Riesgos Laborales**	$ 6.800	**$ 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 articulos 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 (4) acta final, aportando certificados de afiliciación a la seguridad social.

Anexo:	Informe de actividades del contratista,certificados de afilición de salud, pesión, arl y planilla de pago del mes de Noviembre No.9478425572

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :	**05 de diciembre 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**

Escaneado con CamScanner

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 1002961651		GARCIA GUTIERREZ KAREN DAHIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR39 1 BIS 48	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
2024-11	2024-11	1097278625	9478425572	I	2024/12/12	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 1002961651	GARCIA KAREN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

Escaneado con CamScanner

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 1002961651		GARCIA GUTIERREZ KAREN DAHIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR39 1 BIS 48	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
2024-11	2024-11	1097278625	9478425572	I	2024/12/12	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/12/03 02:15 PM

Escaneado con CamScanner

Pagar servicios electrónicos

Confirma la información para realizar el pago.

Tu pago ha sido exitoso

Paraca:

APORTES EN LINEA Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478425572

Factura No.:	**Sin referencia:**	**Valor total:**
9478425572	759220	**$** 377.300,00

Volver al com

Escaneado con CamScanner

9

aportes en línea

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1002961651**

EPS: **NUEVA E.P.S.**

Valor aportado a EPS: **162500**

Clave de pago: **9478425572**

Período de cotización (salud): **2024** **11**

No soy un robot

reCAPTCHA

Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

fuua suspensa

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Escaneado con CamScanner