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:

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO APOYO EN LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS TRAMITES Y SOLICITUDES AGROAMBIENTALES QUE SEAN RECEPCIONADAS EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN ADELANTA LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN.

Nombre del Contratista:	**JOAN DAVID ORTEGA TOVAR**		
C.c. o Nit:	10.302.539	Res. Aprobación Póliza	N/A
Número del Contrato	045-2024	Fecha de Inicio del Contrato	29 de febrero de 2024
Valor del Contrato	**$ 3.500.000**	Fecha de Terminación	28 de noviembre de 2024
Valor IVA (Asumido o incluido)	$ 0	Número del CDP	61
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato	**$ 31.500.000**	Número del Registro	61
N° de la Adición	1	Fecha de Firma de la Adición	28 de noviembre de 2024
Valor de la Adición	$ 3.500.000	Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato	28 de diciembre de 2024
Valor Total del Contrato	**$ 35.000.000**	N° del CDP de la Adición	401
Valor Registro Ppal de la Adición	$ 3.500.000	N°. Registro Ppal de la Adición	401
Periodo a Certificar	desde el 29 de octubre de 2024 a 28 de noviembre de 2024		
Con el objeto de proceder a la suscripción del	ACTA No. 009		

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		10%
FEBRER			0%	AGOSTO	$ 3.500.000		10%
MARZO	$ 3.500.000		10%	SEPTIEMBRE	$ 3.500.000		10%
ABRIL	$ 3.500.000		10%	OCTUBRE	$ 3.500.000		10%
MAYO	$ 3.500.000		10%	NOVIEMBRE	$ 3.500.000		10%
JUNIO	$ 3.500.000		10%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		**$ 3.500.000**	90%	Valor por Ejecutar:			**$ 3.500.000**

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	$ 177.500	$ 2.500	9476232566
Aportes Pensión	$ 224.000	Aportes Pensión	$ 227.200	$ 3.200	
Riesgos Laborales	$ 7.308	Riesgos Laborales	$ 7.600	$ 292	

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 (9) acta , 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 octubre No. 9476232566

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :	04 de diciembre de 2024
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	Nombre del Supervisor:
N/A	
N/A	
FIRMA APOYO SUPERVISIÓN.	**FIRMA DEL SUPERVISOR**

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 10302539		ORTEGA TOVAR JOAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 # 5-46	POPAYAN-CAUCA	8364704	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	48144751	9476232566	I	2024/11/13	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	20	$440,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$3,200	$0	$227,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$224,000	$3,200	$0	$227,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$200	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$200	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,000	$400	$0	$28,400
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$28,000	$400	$0	$28,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$2,500	$0	$177,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$175,000	$2,500	$0	$177,500
TOTAL				1	$434,400	$6,300	$0	$440,700

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9550888292 DV: 363575
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 02/12/2024 16:48:15
PAP: 903098
Nombre: JOAN
Apellido 1: ORTEGA TOVAR
NUM PLANILLA: 9476232566
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 10302539
PERIODO: 202410
Referencia: 9476232566Valor: $440.700,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner

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
10302539

EPS
NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS
175000

Clave de pago
9476232566

Período de cotización (salud)
2024 **10**

No soy un robot
reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

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

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

Vo Bo