INFORME

SUPERVISION / INTERVENTORIA

1. TIPO DE INFORME: (marque con una X)					
Periódico:			**Final:**	**DICIEMBRE**	**X**

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:					
Contrato / Orden / Convenio Número:	**CSQ-MC-004-2024**	**de**	2024		
Tipo de contrato: Prestación de servicios					
Objeto: "SERVICIO DE PODA DE ZONAS VERDES DE LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINAS LOCALES DE QUINDÍO"					
Supervisor / Interventor:	PAOLA ANDREA HURTADO CASTAÑO – Auxiliar Administrativo				
Contratista:	MAKICENTER S.A.S.				
Valor total del contrato/orden/convenio:	**$3.430.000**				
Plazo de ejecución:	57 días				
Fecha inicio de ejecución:	25	**de**	10	**de**	2024
Fecha de terminación del contrato:	20	**de**	12	**de**	2024

EN EJECUCIÓN:		TERMINADO:	X	LIQUIDADO:		POR LIQUIDAR:	

INFORMACION FINANCIERA:

CDP N°	Fecha	Valor	RP N°	Fecha	Valor
2424	2024-09-03	$4.500.000	106524	2024-10-15	$3.430.000

INFORMACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA:

Tipo: (Marque con una X)	Bancaria:		Póliza de seguro:	X
Garante:		SEGUROS DEL ESTADO S.A.		
Identificación de la garantía única:	60-44-101013046	Fecha de aprobación:	16/10/2024	

AMPAROS	X	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
Buen manejo del anticipo.		N/A	N/A	N/A
Cumplimiento.	X	08/10/2024	20/04/2025	$343.000
Pago de salarios y prestaciones.	X	08/10/2024	20/04/2025	$343.000
Calidad.	X	08/10/2024	20/04/2025	$343.000
Responsabilidad Civil Extracontractual		N/A	N/A	N/A
Otro:		N/A	N/A	N/A

Prórrogas						
Número y fecha de la modificación		**Tiempo (días calendario)**				
1	N/A	N/A				
Nueva fecha de terminación:		**día**	**de**	**mes**	**de**	**año**

Adiciones			**CDP N°**	**RP N°**	**Fecha RP**
Número y fecha de la modificación		**Valor de la adición ($)**	N/A	N/A	N/A
1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor total final: N/A		**$ Valor**	N/A	N/A	N/A

Suspensiones		
Fecha de suscripción		**Periodo y Tiempo (días calendario)**
1	N/A	(fecha: desde – hasta) días

Modificaciones	
Cláusula Nº	**Breve descripción de la modificación**

Libertad y Orden	**INFORME** **SUPERVISION / INTERVENTORIA**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

1		

Modificación de la garantía única:

Amparo modificado:	Nuevo valor asegurado:	Fecha aprobación:
N/A	$	N/A

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:

En el contrato / orden / convenio se pactó anticipo: SI ☐ **No** ☒ X

CONTRATO

Anticipo contrato inicial % (1)	**0,00%**	**Valor anticipo contrato inicial (5)**	**$ -**
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	**DD/MM/AAAA**	**Valor anticipo adiciones (6)**	**$ -**
No. Orden de pago desembolso anticipo (3)		**Valor total anticipo (7)**	**$ -**
% Anticipo de adiciones (4)	**0,00%**	**Saldo pendiente por amortizar (8)**	**$ -**

CONCEPTO		VALOR HONORARIOS	PORCENTAJE DE EJECUCION
Valor total inicial (9)		**3.430.000,00**	**100,00%**
Valor Adiciones (10)		**0,00**	
Valor Total (∑ Valor total inicial + Adiciones)		**3.430.000,00**	
Valor pagado (11)		**1.715.000,00**	
Valor en trámite (DICIEMBRE FV29) (12)		**1.715.000,00**	
Nota débito + ND (13)	Numero	**0,00**	
Nota crédito - NC (14)	Numero	**0,00**	
Ajuste valor en trámite (∑ Valor en trámite + ND - NC)		**1.715.000,00**	
Valor total ejecutado (∑ Valor pagado + Valor en trámite ajustado)		**3.430.000,00**	
Saldo del contrato (∑ Valor Total del Contrato – Valor Total Ejecutado)		**0,00**	

Si el saldo es diferente de Cero (0) indique con X:	Saldo por reintegrar:		Saldo por liberar:	

Si el saldo es por liberar discrimine:

Un. Ejec.	N/A	**CDP**	N/A	**Compromiso o Registro**	N/A	**Cat.**	N/A	**Valor a liberar**	$
Un. Ejec.	N/A	**CDP**	N/A	**Compromiso o Registro**	N/A	**Cat.**	N/A	**Valor a liberar**	$
VALOR TOTAL A LIBERAR:								**$**	

¿Solicita constituir reservas? (Marque con una X)	**SI**	**NO X**
Valor y justificación: (¿Por qué?)	**$**	

4. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, ARL, PENSIONES Y/O APORTES PARAFISCALES:

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, ARL, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.	**SI X**	**NO**
	Marque con una X	

Por concepto de aportes al sistema de seguridad social el contratista efectuó los siguientes pagos (copia de planillas y recibos de pago anexos):

Aportes al sistema de salud	$ 303.400
Aportes al sistema de pensiones	$ 1.213.400
Aportes a ARL	$ 528.000

5. ESTADO DEL AVANCE DE LA EJECUCIÓN:		
Estado de avance de la ejecución a la fecha (%)		**100%**
Descripción de la ejecución actual del contrato:		
Nº	**Obligaciones Específicas del Contratista**	**Estado de avance de la obligación**
1	**Realizar la limpieza general y deshierbe de las zonas verdes, jardines y prados de las instalaciones del Instituto Colombiano Agropecuario Seccional Quindío, ubicadas en la Avenida Bolívar No. 28 Norte, Sector Regivit, mínimo dos veces durante la ejecución del contrato**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: Makicenter realizó la limpieza y deshierbe de las zonas verdes. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
2	**Cortar y retirar con guadaña la maleza de toda la zona verde de la seccional. En las zonas donde no sea posible utilizar la guadaña, la maleza deberá retirarse mediante técnicas artesanales.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: Makicenter cortó y retiró con Guadaña la maleza de las zonas verdes. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
3	**Realizar el descapote de los árboles que se encuentran plantados en la seccional.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: De los árboles existentes realizaron el descapote. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
4	**Realizar la recolección y retiro de los residuos sólidos, resultado de la maleza y descapote de árboles.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: Realizaron el retiro de residuos sólidos. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
5	**El personal que realice las labores de limpieza con guadaña y descapote de árboles deben utilizar los elementos personales de protección y seguridad.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: El personal de Makicenter realizó el trabajo con todos los EPP. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
6	**Realizar el mantenimiento a los jardines de la seccional, retirando las plantas que están marchitas y quemadas.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: El personal realizó el mantenimiento a jardines y plantas marchitas. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío
7	**Velar por la conservación y buen estado de los elementos y equipos de trabajo que le suministren.**	Porcentaje (%) de avance: 100% Descripción del avance: El suministro de elementos es proporcionado por la misma empresa Makicenter. Entrega producto Si X No____ Ubicación: ICA Gerencia Seccional Quindío

Libertad y Orden	**INFORME** **SUPERVISION / INTERVENTORIA**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AMBIENTALES:			
El Supervisor verificó el cumplimiento de las obligaciones ambientales.	**N/A**	**SI X**	**NO**

MEJORAS:		
Indique si con la ejecución del contrato se agrega valor a los bienes inmuebles de la entidad.	**SI**	**NO X**

ADQUISICIÓN DE BIENES TANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes tangibles.	**SI**	**NO X**

ADQUISICIÓN DE BIENES INTANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes intangibles.	**SI**	**NO X**

RECIBO A SATISFACCION:		
Como supervisor del contrato manifiesto que he recibido a satisfacción los bienes y servicios conforme a lo establecido en el contrato.	**SI X**	**NO**
Observaciones: N/A		

BIENES APORTADOS AL CONVENIO:		
Indique si **EL ICA** aportó bienes para la ejecución del convenio.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
(Adicione las filas que requiera)	N/A	$
		$
		$

Mediante acta del (fecha) **CONTRATISTA** devolvió a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX.

FUERON ADQUIRIDOS BIENES CON RECURSOS DEL CONVENIO:		
Indique si con los recursos destinados al convenio fueron adquiridos bienes.	**SI**	**NO X**

PLACA DE INVENTARIO	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
N/A	N/A	$
		$

Mediante acta del (fecha) fueron devueltos a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX del convenio.

Mediante SISAD número del fecha el Grupo de Control de Activos y Almacenes certificó que los bienes relacionados anteriormente se encuentran incluidos en los inventarios de **EL ICA**.

SE PACTÓ LA EXPEDICIÓN DE GUÍAS SANITARIAS DE MOVILIZACIÓN INTERNA (GSMI):		
Indique si el objeto del convenio incluía la expedición de GSMI.	**SI**	**NO X**

GSMI EXPEDIDAS	CONSECUTIVO	VALOR
#	Del XXX al XXX	$
GSMI ANULADAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI DEVUELTAS A EL ICA	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$

Los recursos generados por el convenio se manejaron a través de la cuenta XXX del Banco XXX, la cual se encuentra CANCELADA, conforme lo indica la certificación adjunta.

Mediante SISAD XXXX del (fecha) el Grupo de Gestión Financiera certificó que los recursos relacionados anteriormente ingresaron a las cuentas de **EL ICA**.

6. EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

CRITERIO	SUBCRITERIO	ITEM	MARQUE		VALOR ASIGNADO	PUNTAJE
			SI	NO		
CUMPLIMIENTO (25 PUNTOS)	TIEMPO DE ENTREGA	¿Se cumplieron los tiempos de entrega de bienes o la prestación de los servicios ofertados por el proveedor?	X		15	25
	CANTIDADES	¿Se entregan las cantidades solicitadas?	X		10	
CALIDAD (25 PUNTOS)	CONFORMIDAD	¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones y requisitos pactados en el momento de entrega?	X		25	25
	FUNCIONALIDAD ADICIONAL	¿El producto comprado o el servicio prestado proporcionó más herramientas o funciones de las solicitadas originalmente?		X	0	
POS CONTRACTUAL (25 PUNTOS)	RECLAMACIONES	¿Se han presentado reclamaciones al proveedor en calidad o gestión?		X	10	25
		(*) ¿El proveedor soluciona oportunamente las no conformidades de calidad y gestión de los bienes o servicios recibidos?	X			
	SERVICIO POS VENTA	¿El proveedor cumple con los compromisos pactados dentro del contrato u orden de servicio o compra? (aplicación de garantías, mantenimiento, cambios, reparaciones, capacitaciones, entre otras)	X		15	
GESTION (25 PUNTOS)	PROCEDIMIENTOS	¿El contrato es suscrito en el tiempo pactado, entrega las pólizas a tiempo y las facturas son radicadas en el tiempo indicado con las condiciones y soportes requeridos para su trámite contractual?	X		10	25
	GARANTÍA	¿Se requirió hacer uso de la garantía del producto o servicio?	X		15	
		(*) ¿El proveedor cumplió a satisfacción con la garantía pactada?	X			
PUNTAJE TOTAL						100
CONVENCIÓN	SÍMBOLO SIGNIFICADO	PROVEEDOR TIPO A: EXCELENTE. Puntaje mayor o igual a 80 hasta 100 puntos. Se puede contratar nuevamente				X
	(*) Se responde si la anterior pregunta tiene una ponderación de cero o SI	PROVEEDOR TIPO B: BUENO. Puntaje entre 46 hasta 79 puntos. Se invita nuevamente a procesos pero debe mejorar las observaciones presentadas por la entidad. La entidad (Supervisor) presentará las observaciones mediante oficio adjunto al presente formato.				
		PROVEEDOR TIPO C: MALO. Puntaje inferior o igual a 45 puntos. La entidad no debe contratar con este proveedor.				

7. OBSERVACIONES: N/A

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO, CERTIFICO QUE EN LA PLATAFORMA DE SECOP II SE ENCUENTRA CARGADA DE FORMA COMPLETA TODA LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE CORRESPONDIENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y ME HAGO RESPONSABLE POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE LOS HECHOS REPORTADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Para constancia se firma en Armenia – Quindío a los Diez (10) días del mes de (Diciembre) de dos mil veinticuatro (2024).

PAOLA ADNREA HURTADO CASTAÑO
Auxiliar Administrativo
Supervisor

ANA MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ
Gerente ICA Seccional Quindío (E)
LIDER DEL PROCESO DE CONTRATACION

Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.

Anexos: PDF con la documentación requerida

MAKICENTER S.A.S
NIT 900.374.260-8
Calle 40 No.17 24 - Régimen Simple de Tributación
Tel: (606) 7501205
Calarca - Colombia
makicenter@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FV 29

Señores	INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO		
NIT	899.999.069-7	**Teléfono**	(601) 7563030 - Ext. 000
Dirección	CR 68 A 24 B 10 ED PLAZA CLARO TORRE 3	**Ciudad**	Calarca - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	06/12/2024, 10:18
Expedición	06/12/2024, 10:26
Vencimiento	06/12/2024

Ítem	Descripción	Impto. Cargo	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Corte o guadaña de prado de toda el área a intervenir, aplicación de matamalezas en las zonas de pra	19 %	496,638.66	591,000.00
2	Deshierbe de todos los jardines removiendo capa vegetal, malezas y plantas que se encuentren deterio	19 %	375,630.25	447,000.00
3	Podar dando formación uniforme a las plantas ornamentales, árboles y arbustos que se encuentren en l	19 %	310,084.03	369,000.00
4	Recolección y disposición final del material vegetal sobrante en las labores	19 %	258,823.53	308,000.00

Total items: 4

Total Bruto	1,441,176.47
IVA 19%	273,823.53
Total a Pagar	1,715,000.00

Valor en Letras:
Un millón setecientos quince mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crÃ©dito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-06 por $ 1,715,000.00

Observaciones:
#$17-02-00-063;CSQ-MC-004-2024;paola.hurtado@ica.gov.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764065425995 aprobado en 20240211 prefijo FV desde el número 1 al 100 Vigencia: 12 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 4112 Construcción de edificios no residenciales Tarifa
CUFE: 3747127982171a46f73809bd9cb98ac9f48ddc7ff3bd06d23c1e7a8fb289f9f64728ed0b9c5f15a80bee428087c4ee6b

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

MAKI CENTER
NIT. 900.374.260-8

002 - INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE DE 2024

CONTRATO No. CSQ-MC-004-2024

OBJETO:

"SERVICIO DE PODA DE ZONAS VERDES DE LA GERENCIA SECCIONAL Y OFICINAS LOCALES DE QUINDÍO".

OPERADOR: MAKICENTER S.A.S.

Calle 40 N 17-24 B. Versalles
Oficina: 6067501205 Cel. 3147467173
makicenter@gmail.com

En el presente documento se evidencian las áreas intervenidas en las instalaciones del El Instituto Colombiano Agropecuario ICA, Donde, se evidencian las intervenciones de las áreas.

Adicional a esto el personal de MAKICENTER S.A.S. estuvo atento y dispuesto para atender los requerimientos del supervisor del contrato velando por un cumplimiento a cabalidad de lo contratado.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Realizar la limpieza general y deshierbe de las zonas verdes, jardines y prados de las instalaciones del Instituto Colombiano Agropecuario Seccional Quindío, ubicadas en la Avenida Bolívar No. 28 Norte, Sector Regivit, mínimo dos veces durante la ejecución del contrato	Se cumple con la obligación y se realiza la limpieza de las zonas verdes, jardines y prados, además de las juntas en zonas pavimentadas donde crece vegetación, de las instalaciones del Instituto Colombiano Agropecuario Seccional Quindío, ubicadas en la Avenida Bolívar No. 28 Norte, Sector Regivit	Registró fotográfico contenido en el presente informe.
2. Cortar y retirar con guadaña la maleza de toda la zona verde de la seccional. En las zonas donde no sea posible utilizar la guadaña, la maleza deberá retirarse mediante técnicas artesanales.	Se cumple con la obligación y se realiza de forma artesanal el corte y retiro de la maleza en la zona verde donde no es posible utilizar la guadaña.	Registró fotográfico contenido en el presente informe.
3. Realizar el descapote de los árboles que se encuentran plantados en la seccional.	Se cumple con la obligación y se realiza el descapote de los árboles que se encuentran plantados en la seccional.	Registró fotográfico contenido en el presente informe.
4. Realizar la recolección y retiro de los residuos sólidos, resultado de la maleza y descapote de árboles.	Se cumple con la obligación y se realiza la recolección y retiro de los residuos sólidos, que se generan como resultado	Registró fotográfico contenido en el presente informe.

	de la maleza y descapote de los árboles plantados en la seccional.	
5. El personal que realice las labores de limpieza con guadaña y descapote de árboles deben utilizar los elementos personales de protección y seguridad.	Se cumple con la obligación y el personal encargado de realizar las labores de limpieza y uso de guadaña usa los elementos personales de protección y seguridad.	Registró fotográfico contenido en el presente informe.
6. Realizar el mantenimiento a los jardines de la seccional, retirando las plantas que están marchitas y quemadas.	Se cumple con la observación y se realiza el mantenimiento de los jardines de la seccional. Además se hace limpieza y retiro de las plantas marchitas y quemadas	Registró fotográfico contenido en el presente informe
7. Velar por la conservación y buen estado de los elementos y equipos de trabajo que le suministren.	Se cumple con la obligación y cuidan y mantienen en buen estado los elementos de los equipos de trabajo para el desarrollo de las labores en instalaciones del Instituto Colombiano Agropecuario Seccional Quindío, ubicadas en la Avenida Bolívar No. 28 Norte, Sector Regivit.	N/A

MAKI CENTER
NIT. 900.374.260-8








Calle 40 N 17-24 B. Versalles
Oficina: 6067501205 Cel. 3147467173
makicenter@gmail.com






Atentamente:

PROPONENTE: MAKICENTER S.A.S.
NIT/RUT: 900.374.260-8
REP. LEGAL: JAIME ALBERTO HURTADO CASTELLANOS
CÉDULA: 18.400.413
DIRECCION: Calle 40 N17-24 B. Versalles
TELEFONO: 6067501205
CELULAR: 3147467173
E-MAIL: makicenter@gmail.com

DECLARACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS JURIDICAS.

Armenia, 4 de diciembre de 2024

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, los suscritos representantes legal y el contador público o revisor fiscal, se permiten certificar que:

MAKICENTER SAS
900374260

Ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales de los meses de enero a noviembre del 2024.

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramente, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva



_____
JORGE ANTONIO GUERRERO GOMEZ
CONTADOR PUBLICO
T.P. No. 260027-T

_____
REPRESENTANTE LEGAL
JAIME ALBERTO HURTADO CASTELLANO
C.C. 18.400.413



PARA MAKICENTER SAS

4/12/2024



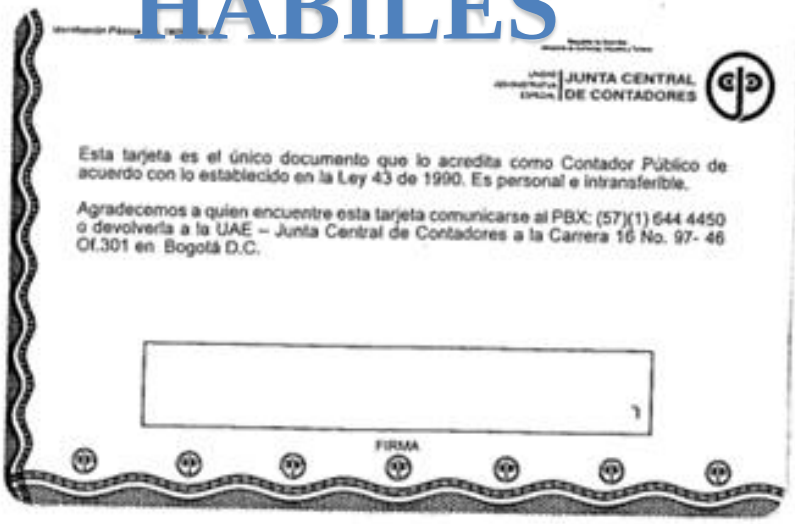
VALIDO POR 30 DIAS HABILES



PARAMAKICENTER SAS

4/12/2024

VALIDO POR 30 DIAS HABILES



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900374260	8	MAKICENTER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	01	CALLE 40 # 17 24	CALARCA-QUINDIO	7501205	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115295613	9478631372	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCO ITAU	0	$805,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: 01 (2 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: 01 (2 Afiliados)																														
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (2 Afiliados)																														
1	CC	18389521	AMADOR CASTAÑEDA RAUL																	230301	30	EPS037	30	CCF43	30	14-11	30	6.960%	30	Si
2	CC	1094961051	CASTELLANOS DIAZ JOAN SEBASTIAN																	230301	30	EPS002	30	CCF43	30	14-11	30	6.960%	30	Si
Total			**Afiliados(2)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900374260	8	MAKICENTER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	01	CALLE 40 # 17 24	CALARCA-QUINDIO	7501205	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115295613	9478631372	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCO ITAU	0	$805,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$416,000	$0	$0	$416,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$416,000	$0	$0	$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$181,000	$0	$0	$181,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$181,000	$0	$0	$181,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$104,000	$0	$0	$104,000
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	2	$104,000	$0	$0	$104,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$104,000	$0	$0	$104,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$0	$0	$52,000
TOTAL				**2**	**$805,000**	**$0**	**$0**	**$805,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900374260	8	MAKICENTER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	01	CALLE 40 # 17 24	CALARCA-QUINDIO	7501205	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115347189	9478631296	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCO ITAU	0	$1,543,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: 01 (4 Afiliados)																							$4,983,334	$797,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334		$347,000		$0	$0		$1,543,200
Centro de Trabajo: 01 (4 Afiliados)																							$4,983,334	$797,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334		$347,000		$0	$0		$1,543,200
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (4 Afiliados)																							$4,983,334	$797,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334		$347,000		$0	$0		$1,543,200
1	CC	1094930096	AREVALO LUIS	X	X																230301	29	$1,256,667	$201,100	EPS005	29	$1,256,667	$50,300	CCF43	29	$1,256,667	$50,300	14-11	29	$1,256,667	6.960%	$87,500	29	$0	$0	Si	$389,200
2	CC	1005859446	BORJA OTONIEL	X																	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF43	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
3	CC	1106773163	DANIEL BONILLA	X																	230301	26	$1,126,667	$180,300	EPS037	26	$1,126,667	$45,100	CCF43	26	$1,126,667	$45,100	14-11	26	$1,126,667	6.960%	$78,500	26	$0	$0	Si	$349,000
4	CC	18398282	RODRIGUEZ DIEGO	X																	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF43	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
Total			**Afiliados(4)**																				$4,983,334	$797,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334	$199,400			$4,983,334		$347,000		$0	$0		$1,543,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900374260	8	MAKICENTER	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	01	CALLE 40 # 17 24	CALARCA-QUINDIO	7501205	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1115347189	9478631296	E	2024/12/13	2024/12/10	BANCO ITAU	0	$1,543,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$797,400	$0	$0	$797,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$589,400	$0	$0	$589,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$347,000	$0	$0	$347,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$347,000	$0	$0	$347,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$199,400	$0	$0	$199,400
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	4	$199,400	$0	$0	$199,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$199,400	$0	$0	$199,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$97,100	$0	$0	$97,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$50,300	$0	$0	$50,300
TOTAL				4	$1,543,200	$0	$0	$1,543,200