# FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

| VERSIÓN: 001 | | | | | | | Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia:** | **SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO** | **Número de pago:** | **2** | **Total de pagos:** | **3** | **Fecha:** | **30 de noviembre de 2024** |

## ACTO ADMINISTRATIVO

| Marque con "X" | | DATOS ESPECÍFICOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPS | | Número: | 120-10-06-209-2024 | | Fecha de iniciación: | 16 de octubre del 2024 | |
| CONTRATO | X | Fecha de suscripción: | 16 de octubre del 2024 | | Fecha de terminación: | 31 de diciembre del 2024 | |
| RESOLUCIÓN | | N° CDP: | 871 | Fecha | 15 de octubre de 2024 | Duración: 2 Meses 15 Días | |
| FACTURA | | N° RP: | 1774 | Fecha : | 16 de octubre de 2024 | Periodo a pagar: | 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2024 |
| CONVENIO | | Requiere Informe: | SI: X | NO: | | Suspensión No.: | En tiempo: |
| | | Entregó Informe: | SI: X | NO: | | Prorroga: No.: | En tiempo: |

**Objeto:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO, DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE PIEZAS GRÁFICAS PARA LAS DIFERENTES SECRETARÍAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DEL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | SIRLEY JOHANNA GIL FERNANDEZ | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | X | Nit | | Número: | 1.017.166.635 | DV. | |
| Dirección: | Cra. 17 c #46b94 | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | - | | | FAX: | | | CEL. | 3013197138 | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | X | Número | 00800000990 | Banco: | Bancolombia | |

| ASPECTOS TRIBUTARIOS | Marque con "X" | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Persona Natural: | X | Persona Jurídica: | - | |
| | Gran Contribuyente: | - | Autoretenedor: | - | |
| | IVA Régimen Común: | - | Entidad sin ánimo de lucro | - | |
| | Actividad ICA- Código CIIU: | 9004 | Tarifa: | - | |
| | He verificado de esta información frente al RUT | | SI: | X | NO: |

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

| | | |
|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | | $ 8.400.000,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Valor Total del contrato: | | $ 8.400.000,00 |

**Valor pagado:**

| Anticipo | $ 0,00 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primer Pago | Segundo Pago | Tercer pago | Cuarto pago | Quinto Pago | Sexto Pago |
| $2.800.000,00 | $2.800.000,00 | $ 0,00 | **$ 0,00** | $ 0,00 | $ 0,00 |
| Septimo Pago | Octavo Pago | Noveno Pago | Decimo Pago | Onceavo Pago | Doceavo Pago |
| $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |

| | |
|---|---|
| Total Pagado: | $ 2.800.000,00 |
| Valor a pagar en el periodo: | **$ 2.800.000,00** |
| Saldo: | $ 2.800.000,00 |

| AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | El contratista presentó el informe correspondiente: | SI: x | NO: | # de folios: | 0 | |
| | El informe cumple con lo estipulado en el contrato: | SI: x | NO: | | | |
| | Se remitió al Comité de contratación: | SI: | NO: X | Fecha: | | |
| | Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: | - | | | | |

| APORTES SEGURIDAD SOCIAL | Persona Natural: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Aportes a Salud** | | | **Aportes a Pensión** | | |
| | Valor pagado $ 162.500 Periodo | 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2024 | | Valor pagado $ 208.000 Periodo | 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2024 | |
| | Comprobante de pago Número: | 1067460404 | | Comprobante de pago Número: | 1067460404 | |
| | Fecha de pago: | 25 de noviembre de 2024 | | Fecha de pago: | 25 de noviembre de 2024 | |
| | **Aportes ARP** | | | | | |
| | Valor pagado $ 6.800 Periodo | 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2024 | | Pensionado: SI: | NO: | X |
| | | | | Certificación: SI: | NO: | x |
| | Persona Jurídica: | | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: | SI: | NO: | X |

**SOLICITUD DE PAGO**

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

**Anexos:** Copia de aporte a pensión SI: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YINNI MARCELA PARRA SANCHEZ

C.C.: 43.117.192

CARGO: SECRETARIA DE GENRAL Y DE GOBIERNO

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-11-25, 01:23:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067460404

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822920508

**PAGADO 25/11/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SIRLEY JOHANA GIL FERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC1017165615 | **Dirección** | CR 17C #46 B - 94 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013197138 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| 1017165615 | SIRLEY JOHANNA GIL FERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0,522 | $ 1.300.000 | $ 6.800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 377.300 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 377.300 | $ 0 | $ 377.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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