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:**	**5**	**Total de pagos:**	**5**	**Fecha:**	**6 de diciembre de 2024**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	120-10-04-010-2024			Fecha de iniciación:	04 de mayo de 2024		
CONTRATO	X	Fecha de suscripción:	04 de mayo de 2024			Fecha de terminación:	31 de diciembre de 2024		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	374	Fecha	19 de abril de 2024	Duración:	7	Meses	---- Días
FACTURA		N° RP:	706	Fecha :	19 de abril de 2024	Periodo a pagar:	02 de noviembre al 05 de diciembre del 2024		
CONVENIO		Requiere Informe:	SI:		NO: X	Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI:		NO: X	Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: SUMINISTRO DE RACIONES ALIMENTARIAS (DESAYUNOS, ALMUERZOS Y CENAS) A FAVOR DE LA LOS FUNCIONARIO DE LA ALCALDIA MUNCIIPAL Y LA FUERZA PUBLICA QUE PRESTA EL SERVICIO DE FORMA TRANSITORIA EN LA MUNICIPALIDAD, LA POBLACIÓN CAPTURADA Y SINDICADA Y ADOLESCENTES QUE ENTRAN EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL E INGRESAN AL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA LA ADOLESCENTES - SRPA (Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes) EN EL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA								
Identificación:	Tipo de documento	Cédula	X	Nit		Número:	1.037.070.134	DV.	
Dirección:	cra 51 N° 50 - 65								
Número de Teléfono:	3128642516			FAX:			CEL.	3128642516	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	2348245433	Banco:	Bancolombia	

ASPECTOS TRIBUTARIOS (Marque con "X")

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-
Actividad IICA- Código CIIU:		5611 Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato.		$ 35.000.000,00
Adición No.	01	$ 17.500.000,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 52.500.000,00

Valor pagado:

Anticipo		$ 0,00			
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$9.637.770,00	$4.747.850,00	$ 8.842.200,00	**$ 23,376,150,00**	$ 5.896.030,00	$ 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:	$ 46.603.970,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 5.896.030,00**
Saldo:	$ 0,00

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	02 de noviembre al 05 de diciembre del 2024	Valor pagado $ 208.000	Periodo	02 de noviembre al 05 de diciembre del 2024
Comprobante de pago Número:		7949055234	Comprobante de pago Número:		7949055234
Fecha de pago:		12 de noviembre de 2024	Fecha de pago:		12 de noviembre de 2024

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $ 7.800	Periodo	02 de noviembre al 05 de diciembre del 2024	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 Morales

C.C.: 43.117.192

CARGO: Secretaria General y de Gobierno

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1037070134
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 51 BOLIVAR	TELÉFONO:	3155159
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7949055234	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1046304642

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS019	EPS019-COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
SUBTOTALES:									**$ 13.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 7.800	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:			**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																									PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
N°	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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1037070134	CLAVIJO DAZA JONNY ARBEY	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$103707013	$ 13.600	30	$ 1.300.000	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 391.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1037070134
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 51 BOLIVAR	TELÉFONO:	3156150
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I.INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros asalariados de servicios personales n.e.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICA		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	91668321		TIPO DE PLANILLA:		I.INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN SISTEMA	MES diciembre AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2024	
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0570532827

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23101	23101-COLFONDOS	1	$ 208.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.500	$ 0	$ 208.500
SUBTOTALES										$ 208.500	$ 0	$ 208.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS10	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 183.900
SUBTOTALES													$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 183.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.500	$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 13.500
SUBTOTALES									$ 13.500	$ 0	$ 0	$ 13.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CF02	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 7.800	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES			$ 7.800	$ 0	$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

#	DATOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE	NOMBRES	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	RESIDENTE TEMPORAL	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC CIUDADANÍA	CLAVIJO DAZA JONNY ARBEY	RESIDENTE NO VOLUNTARIO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 1.300.000				NO																	23101-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.500	EPS10-CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 183.900	$ 0	$ 183.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 1037070134	$ 13.800	$ 1.300.000	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 391.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

[illegible]	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1037070134
[illegible] SOCIAL:			JONNY ARBEY CLAVIJO DAZA
[illegible]	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
[illegible]	CALLE 51 BOLVAR	TELÉFONO:	5109150
[illegible]	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
[illegible]	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
[illegible]	ÚNICO		
[illegible] PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	5166632105	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES [illegible] AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN	0470532827

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
TOTALES										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
TOTALES													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
TOTALES									$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 7.800	$ 0	$ 7.800
TOTALES			$ 7.800	$ 0	$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000		NO	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	1.300.000	103707013	$ 13.600	30	1.300.000	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 391.900**

Planilla Pagada