

01

FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO									
VERSIÓN: 001						Página: 1 de 1			
Dependencia:	SECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES	Número de pago:	1	Total de pagos:	1	Fecha:	16 de diciembre de 2024		
ACTO ADMINISTRATIVO									
Marque con "X"									
DATOS ESPECÍFICOS									
OPS	Número:	150-10-04-022-2024			Fecha de iniciación:	28 agosto del 2024			
CONTRATO	Fecha de suscripción:	28 agosto del 2024			Fecha de terminación:	31 de diciembre del 2024			
RESOLUCIÓN	N° CDP:	455	Fecha:	29 de mayo de 2024	Duración:	4	Meses	Días	
FACTURA	N° RP:	1268	Fecha:	28 de agosto de 2024	Periodo a pagar:	diciembre			
CONVENIO	Requiere Informe:	SI:	NO:	X	Suspensión No.:	En tiempo:			
	Entregó Informe:	SI:	NO:	X	Prorroga No.:	En tiempo:			
Objeto: SUMINISTRO DE REFRIGERIOS PARA LA ATENCION DE LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE VENECIA ANTIOQUIA.									
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA									
Nombre:	LUISA MARIA GAVIRIA PIEDRAHITA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	1.039.462.996		DV.	
Dirección:									
Número de Teléfono:									
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros	X	Número	037970059376	CEL	DAVIVENDA		
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:	8692	Tarifa:	5671				
		He verificado de esta información frente al RUT :	SI:	NO:	X	NO:			
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO									
Valor inicial del contrato: \$ 9.988.000,00									
Adición No. \$ 0,00									
Adición No. \$ 0,00									
Adición No. \$ 0,00									
Valor Total del contrato: \$ 9.988.000,00									
Valor pagado:									
Anticipo \$ 0,00									
Primer Pago Segundo Pago Tercer pago									
\$ 9.988.000,00 \$ 0,00 \$ 0,00									
Septimo Pago Octavo Pago Noveno Pago									
\$ 0,00 \$ 0,00 \$ 0,00									
Cuarto pago Quinto Pago Sexto Pago									
\$ 0,00 \$ 0,00 \$ 0,00									
Decimo Pago Onceavo Pago Doceavo Pago									
\$ 0,00 \$ 0,00 \$ 0,00									
Total Pagado: \$ 0,00									
Valor a pagar en el periodo: \$ 9.988.000,00									
Saldo: \$ 0,00									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD									
El contratista presentó el informe correspondiente: SI: x NO: # de folios: 16									
El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: x NO:									
Se remitió al Comité de contratación: SI: NO:									
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: SI: NO: X Fecha:									
APORTES SEGURIDAD SOCIAL									
Persona Natural:									
Aportes a Salud:									
Valor pagado \$ 156.900 Período diciembre									
Comprobante de pago Número: 7949901518									
Fecha de pago: 09 de diciembre de 2024									
Aportes a Pensión:									
Valor pagado \$ 252.000 Período diciembre									
Comprobante de pago Número: 7949901518									
Fecha de pago: 09 de diciembre de 2024									
Aportes ARP:									
Valor pagado \$ 38.400 Período diciembre									
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: JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ									
C.C.: 70.663.198									
CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DEPORTE									

[illegible]

TOTAL	\$ 487.300
-------	------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1039462996
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUISA MARIA GAVIRIA PIEDRAHITA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 75 # 47-32 APTO 101 TELÉFONO:	5771000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7952594049	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		1147941273

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 252.000
SUBTOTAL:					1	\$ 252.000
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 196.900
SUBTOTAL:					1	\$ 196.900
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800226175	14-25	14-25-COLMENA			1	\$ 38.400
SUBTOTAL:					1	\$ 38.400

VALOR SIN MORA:	\$ 487.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 487.300



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1039462996	NÚMERO PLANILLA:	7952594049	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2024
Ciudad/Municipio:	CRA 75 # 47-32 APTO 101	TELÉFONO:	5771000	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1147941273
DIRECCIÓN:	62-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	PRIVADA	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/23		
TIPO APORTANTE:	UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES
230201	PROTECCIÓN	1	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:				\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD			
CÓDIGO	NOMBRE							APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES
EP5010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 196.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:						\$ 196.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RPP	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD			
CÓDIGO	NOMBRE							APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES	APORTES VOLUNTARIOS	FSP	MORA	TOTALES
14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:						\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

DATOS DEL COTIZANTE										LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO	SUBTIPO	TIPO DE COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXONERADO	TRIBUTARIA	NOVEDADES	ADMIN	IBS	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR	TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTES	ADMIN	IBS	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTES	ADMIN	IBS	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	ADMIN	TOTAL APORTES
1	CC	GAVERIA	INDEPENDIENTE			\$ 6.012.200					230201-PROTECCIÓN	1.575.000	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 252.000				\$ 196.900	\$ 0	\$ 196.900			\$ 1039462996	\$ 38.400	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 487.300