Cuenta de cobro No.002

EL MUNICIPIO DE MATANZA SANTANDER
NIT. 890-206-696-2

Debe a:

CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA
C.C. 28.241.758

LA SUMA DE:
Un Millon Ciento Cincuenta y Cinco Mil Pesos ($ 1.155..000) M/cte

POR CONCEPTO DE:

"SUMINISTRO DE RACIONES ALIMENTARIAS PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD PREVENTIVAMENTE UBICADAS EN LA ESTACION DE POLICIA EN EL MUNICIPIO DE MATANZA"

Entregados en su totalidad 63 raciones divididas así: 21 desayunos, 21 almuerzos, 21 cenas

En el Periodo Comprendido del 24 Diciembre al 30 de Diciembre del 2024

CUENTA DE AHORROS
322 397 89 94
NEQUI

CORDIALMENTE.

Claudia liliana Gelvez
CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA
C.C. 28-241-758
DIRECCIÓN: carrera 3 # 4-02
TELÉFONO: 3223978994
CORREO: claudiagelvezgarcia6@gmail.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28241758
		CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA
BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
CARRERA 3 # 4-02 MATANZA SANTANDER	TELÉFONO:	6959293
02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ÚNICO		
AGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**4579310301**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991102830

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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
1- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
									$ 208.000	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA 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
05-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
												$ 162.500	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA 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
- ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
								$ 31.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

TOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

TIPO IZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
PENDIE TRATO STACIÓN		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSION

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	28241758	$ 31.700

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada
Planilla Pagada

ACTA DE EJECUCIÓN No. 002

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
NÚMERO DE CONTRATO	MC- 029-2024
TIPO DE CONTRATO	Minima Cuantia
OBJETO	Suministro De Raciones Alimentarias Para Personas Privadas De La Libertad Preventivamente Ubicadas En La Estacion De Policia En El Municipio De Matanza
VALOR INICIAL	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($ 6.800.188,92=) M/Cte
VALOR ADICIONAL	N/A.
VALOR TOTAL	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($ 6.800.188,92=) M/Cte
PLAZO INICIAL	01 Meses
PLAZO ADICIONAL	N/A
PLAZO TOTAL	01 Meses
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2 de diciembre de 2024
FECHA DE INICIO	4 de Diciembre de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de Diciembre de 2024
CONTRATISTA	CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 28.241.758
SUPERVISOR	IRMA YANETH DELGADO MORENO
CARGO DEL SUPERVISOR	Secretaria General Y De Gobierno
NÚMERO DE PÓLIZA	994000011550
FECHA DE PÓLIZA	3 de diciembre de 2024

II. INFORMACIÓN FINANCIERA			
DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA	VALOR
CDP	2024353	6 de Noviembre de 2024	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($ 6.800.188,92=) M/Cte.
RP	2024600	2 de Diciembre de 2024	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($ 6.800.188,92=) M/Cte.

PERIODO DE EJECUCIÓN	23 de Diciembre al 30 de Diciembre del 2024
NÚMERO DE INFORME	002 de 2025
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83.54 %
VALOR DE PAGO EN TRÁMITE	Un Millón Ciento Cincuenta y Cinco mil Pesos ($ 1.155.000=)M/cte.

III. INFORMACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL			
VALOR IBC	OPERADOR PILA	No. DE PLANILLA	FECHA DE PAGO
$1.300.000	SOI	4579310301	12 -12-2024

EPS	FONDO DE PENSIÓN	ASEGURADORA
SANITAS	PROTECCION	SURA

VALOR APORTE A SALUD	VALOR APORTE A PENSIÓN	VALOR APORTE A ARL	TOTAL APORTES
$162.500	$208.000	$31.700	$402,200

Con la presente acta se certifica que el contratista dio cumplimiento con el objeto y obligaciones contractuales en el periodo comprendido entre el 24 de Diciembre al 30 de Diciembre de 2024, según el informe de actividades presentado y que fueron revisados los pagos de sus aportes a seguridad social en los cuales no presentó ninguna inconsistencia.

En constancia de lo anterior se firma en Matanza, a los (16) días del mes de Enero de 2025.

IRMA YANETH DELGADO MORENO SUPERVISOR	Claudia Liliana Gelvez CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA CONTRATISTA

Carrera 5 # 5 – 85 (C.P. 680561) | Teléfono: 310 303 07 13
gobierno@matanza-santander.gov.co
www.matanza-santander.gov.co

ACTA DE PAGO PARCIAL No. 002

NÚMERO DE CONTRATO	MC- 029-2024
TIPO DE CONTRATO	Mínima Cuantía
OBJETO	Suministro De Raciones Alimentarias Para Personas Privadas De La Libertad Preventivamente Ubicadas En La Estacion De Policia En El Municipio De Matanza
VALOR INICIAL	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($($ 6.800.188,92=) M/Cte
VALOR ADICIONAL	N/A
VALOR TOTAL	Seis Millones Ochocientos Mil Ciento Ochenta Y Ocho Pesos Con Noventa Y Dos Centavos ($($ 6.800.188,92=) M/Cte
PLAZO INICIAL	Uno (1) Mes
PLAZO ADICIONAL	N/A
PLAZO TOTAL	Uno (1) Mes
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2 de diciembre De 2024
FECHA DE INICIO	4 de Diciembre De 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	30 De Diciembre De 2024
CONTRATISTA	CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 28.241.758
SUPERVISOR	IRMA YANETH DELGADO MORENO
CARGO DEL SUPERVISOR	Secretaria General Y De Gobierno
INTERVENTOR	N/A
NÚMERO DEL CONTRATO DEL INTERVENTOR	
ANTICIPO	N/A.
NÚMERO DE PÓLIZA	994000011550
FECHA DE PÓLIZA	3 de diciiembre de 2024

En el municipio de Matanza, a los (16) días del mes de Enero de 2025, se reunieron **IRMA YANETH DELGADO MORENO** ,SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO , en calidad de Supervisor y **CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA**, como Contratista, con el fin de elaborar la presente Acta de Pago Parcial número 002 correspondiente al periodo comprendido del **24 de Diciembre al 30 de Diciembre de 2024**, de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el informe del contratista, así como en el informe del Supervisor.

CONSIDERANDO

1. SOPORTE JURÍDICO

Dentro **ACEPTACIÓN DE LA OFERTA - INVITACIÓN PÚBLICA DE MÍNIMA CUANTÍA No. MC-029-2024** suscrito entre el municipio de Matanza, Santander, y **CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA,** se especifica la forma de pago de la siguiente manera: El valor para el presente proceso contractual es la suma de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA Y DOS CENTAVOS ($($ 6.800.188,92=) M/CTE**, donde el municipio cancelara al contratista el valor presente mediante pagos parciales. La presente cuenta por la suma de **UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.155.000=)** previa presentación del respectivo informe que relacione las actividades efectuadas a entera satisfacción del supervisor del contrato. Los pagos se efectuarán previa presentación, por parte del contratista, del recibo de pago de los aportes a la E.P.S., A.R.L., y al Sistema de Seguridad Social en Pensiones.

2. SOPORTE FINANCIERO

DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA	VALOR
CDP	2024353	6-11-2024	$6.800.188.92
RP	2024600	2-12-2024	$6.800.188.92

3. AVANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR	FECHA	PORCENTAJE
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$6.800.188.92=	2 Dic 2024	100%
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO	N/A	N/A	N/A
ACTA DE PAGO PARCIAL N° 001	$ 4.526.000.oo =	23 Dic - 2024	66.556%
ACTA DE PAGO PARCIAL N° 002	$1.155.000.oo =	16 Ene - 2025	16.984%
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	$ 1.119.188.92=		16.46%

4. RELACIÓN DE SOPORTES DE LA PRESENTE ACTA

- El contratista presentó informe de actividades ejecutadas en cumplimiento del objeto contractual.
- El contratista allegó soporte de pago de la planilla de seguridad social correspondiente al mes de **DICIEMBRE DE 2024**.

CONCEPTO	FECHA DE PAGO	IBC	VALOR DEL APORTE
SALUD	12-12-2024	$1.300.000=	$162.500=
PENSIÓN	12-12-2024	$ 1.300.000=	$208.000=
ARL	12-12-2024	$1.300.000=	$31.700=
PARAFISCALES (SI APLICA)	12-12-2024	$1.300.000=	$0=

- Informe de supervisión por parte del supervisor del contrato.

ACUERDAN

Autorizar el pago de $ 1.155.000= correspondiente al Acta de Pago Parcial 002, por el periodo del 24 de Diciembre al 30 de Diciembre de 2024

En constancia de lo anterior se firma en Matanza, a los (16) días del mes de Enero de 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR **SUPERVISOR**	Claudia Liliana Gelvez Garcia **CLAUDIA LILIANA GELVEZ GARCIA** **CONTRATISTA**

Carrera 5 # 5 – 85 (C.P. 680561) | Teléfono: 310 303 07 13
gobierno@matanza-santander.gov.co
www.matanza-santander.gov.co

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502500029402

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28241758

Nombre CLAUDIA LILIANA GELVES GARCIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

PRO HOSPITAL	$23.100
PRO UIS	$23.100
Total	**$46.200**
Ordenanza 012	$4.620
Total a Pagar	**$50.820**

(415)7709998038639(8020)02502500029402(3900)00000000050820(96)20250123

NRO. CONTRATO	029
VALOR BASE	1.155.000
VALOR ORDEN DE PAGO	1.155.000
VALOR TOTAL CONTRATO	6.800.188
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
FECHA CONTRATO	29/11/2024

Fecha de Expedición 2025/01/17 **Fecha Limite de Pago** 2025/01/23

Con destino a: **Alcaldía de Matanza - MATANZA**

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500029402

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Matanza - MATANZA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CLAUDIA LILIANA GELVES GARCIA
Dirección:
Número: 28241758
Teléfono:

NRO. CONTRATO	029
VALOR BASE	1.155.000
VALOR ORDEN DE PAGO	1.155.000
VALOR TOTAL CONTRATO	6.800.188
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
FECHA CONTRATO	29/11/2024

PRO HOSPITAL	$23.100
PRO UIS	$23.100
Total	**$46.200**
Ordenanza 012	$4.620
Total a Pagar	**$50.820**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500029402

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Matanza - MATANZA**

Total a Pagar **$50.820**

Fecha de Expedición 2025/01/17 **Fecha Limite de Pago** 2025/01/23

NRO. CONTRATO	029
VALOR BASE	1.155.000
VALOR ORDEN DE PAGO	1.155.000
VALOR TOTAL CONTRATO	6.800.188
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
FECHA CONTRATO	29/11/2024

PRO HOSPITAL	$23.100
PRO UIS	$23.100
Total	**$46.200**
Ordenanza 012	$4.620

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500029402

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28241758

Nombre CLAUDIA LILIANA GELVES GARCIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Con destino a: **Alcaldía de Matanza - MATANZA**

PRO HOSPITAL	$23.100
PRO UIS	$23.100
Total	**$46.200**
Ordenanza 012	$4.620
Total a Pagar	**$50.820**

(415)8902012356005(8020)02502500029402(3900)00000000046200(96)20250123

NRO. CONTRATO	029
VALOR BASE	1.155.000
VALOR ORDEN DE PAGO	1.155.000
VALOR TOTAL CONTRATO	6.800.188
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
FECHA CONTRATO	29/11/2024

Fecha de Expedición 2025/01/17
Fecha Limite de Pago 2025/01/23

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500029402

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28241758

Nombre CLAUDIA LILIANA GELVES GARCIA
Dirección
Municipio
Teléfono

(415)8902012356005(8020)02502500029402(3900)00000000046200(96)20250123