	CERTIFICADO CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			06 DE FEBRERO 2025		
INFORMACION BENEFICIARIO DE PAGO					
NOMBRE BENEFICIARIO DE PAGO	SARA BETANCUR GÓMEZ				
NIT.CC:	1.037.671.623				
INFORMACION CONTRACTUAL					
NUMERO CONTRATO	CPS-010-2025				
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE RECUPERACIÒN DE CARTERA, FISCALIZACIÓN, REPORTE DE INFORMACIÓN PRESUPUESTAL EN PLATAFORMA GESTIÒN TRANSPARENTE Y PROCESOS PRESUPUESTALES DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE ANGELOPOLIS – ANTIOQUIA.				
FECHA SUSCRIPCION DEL CONTRATO	18/01/2025	FECHA TERMINACION DEL CONTRATO		17/07/2025	
N° POLIZA CUMPLIMIENTO	65-46-101051667	FECHA APROBACION POLIZA		18/01/2025	
FECHA INICIAL CUBRIMIENTO ARL	N/A				
N° CDP	00019	FECHA DEL CDP	DEL 14 DE ENERO 2025	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.000.000
N° RP	00024	FECHA DE REGISTRO	DEL 18 DE ENERO 2025	ADICIONES	$
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 15.000.000
				VALOR EJECUTADO	$ 1.083.333
				VALOR POR EJECUTAR	$ 13.916.667
INFORMACIÓN PARA PAGO					
PAGO N°	PERIODO QUE CERTIFICA			VALOR NETO	$ 1.083.333
1 DE 6	DEL 18 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2025			VALOR IVA	$
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL					
MES APORTE PLANILLA SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	22 DIAS MES DE ENERO	TOPE MINIMO			
		IBC		$	1.043.900
N° DE PLANILLA	75940958	SALUD OBLIGATORIA (12.5%)		$	130.500,00
		PENSION OBLIGATORIA (16%)		$	167.100,00
ES PENSIONADO SI /NO	NO	ARL N° RIESGO		$	5.500,00
		FONDO SOLIDARIO			
		TOTAL APORTES		$	303.100,00
N° CUENTA BANCARIA				275-000012-08	
TIPO DE CUENTA				AHORRO	
ENTIDAD BANCARIA				BANCOLOMBIA	
VISTO BUENO DEL SUPERVISOR					
En calidad de supervisor/interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a traves de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y los valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita					
Municipio de Angelopolis Diana Carolina Franco Arboleda Secretaria de Hacienda		Sara Betancur G.			
FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO		FIRMA CONTRATISTA			
NOMBRE : DIANA CAROLINA FRANCO ARBOLEDA		NOMBRE : SARA BETANCUR GÓMEZ			
CARGO:SUPERVISORA		CARGO: CONTRATISTA			
DEPENDENCIA: SECRETARIA DE HACIENDA		DEPENDENCIA: SECRETARIA DE HACIENDA			

Powered by CamScanner