| REFORESTADORA INTEGRAL DE ANTIOQUIA NIT 811038424-6 | CERTIFICADO DE PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL PROVEEDORES Y CONTRATISTAS | Código: FT-SST-06 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha de Aprobación Día/mes/año |
| | | Página 1 de 1 |

SG-SST

| PERIODO / NOVIEMBRE DE 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| Contratista: | | YEISON ANDRES GALINDO ARANGO | |
| Documento de identidad: | | 1017186712 | |
| Numero Contrato | | CPS-1054-2024 | |
| **PRESTAR LOS SERVICIOS, COMO GUARDACUENCAS PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. C.I. 4600016986 DE 2024. CELEBRADO ENTRE LA REFORESTADORA INTEGRAL DE ANTIOQUIA RIA S.A. Y EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA–SECRETARÍA DE AMBIENTE Y SOSTENIBILIDAD.** | | | |
| Periodo o servicio facturado | | • Del 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024<br>• GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DEL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 | |
| Numero de factura | | 4 | |
| EPS | | SAVIA SALUD | |
| Fondo de pensiones | | PORVENIR | |
| Nombre de la ARL | | SURA | |
| Tarifa de riesgo del afiliado | | 1,300,00 | |
| Tarifa de riesgo paga | | 13,600 | |
| Porcentaje de riesgo | | 1,044 | |
| Periodo pagado seguridad social | | NOVIEMBRE DE 2024 | |
| Periodo de servicio | | NOVIEMBRE DE 2024 | |
| Fecha de pago de la Planilla | | 2/12/2024 | |
| Numero de planilla | | 74729638 | |
| Soporte de pago | | NO APORTA | |
| Fecha y hora en que se verifico con el operador | | 03/12/2024 - 12:15 | |
| **Operador** | **Enlace operativo** | **Radicado #** | **16210337035** |

**Observaciones: NO**

**Juan Felipe morales hoyos.**
Profesional en SST
Reforestadora Integral de Antioquia

Medellín, 10 de diciembre de 2024

**EL SUPERVISOR DELEGADO PARA LA CONTRATACION CERTIFICA**

Que, de acuerdo con la suscripción del contrato celebrado entre las partes, se verificó que el contratista **Yeison Andrés Galindo Arango** identificado con Cedula de ciudadanía N° **1.017.186.712** presentó la documentación completa y los productos y/o servicios fueron recibidos a satisfacción, los cuales cumplen con los términos establecidos y su aprobación.

| NRO. DE CONTRATO | CPS-1054-2024 Contrato de prestación de servicio con RIA S. A | | |
|---|---|---|---|
| PLAZO DEL CONTRATO | Hasta 5 meses | FECHA DE INICIO 01/08/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN 30/12/2024 |
| VALOR CONTRATO | AVANCE / PERIODO | PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
| Hasta $ 12.957.415 | $ 2.591.475 | $ 10.366.215 | $ 2.591.200 |
| Honorarios hasta $ 10.078.945 | $ 2.015.790 | $ 8.063.160 | $ 2.015.785 |
| Gastos viaje hasta $ 2.878.470 | $ 575.685 | $ 2.302.740 | $ 575.730 |

La supervisión da el Visto Bueno para el pago correspondiente al periodo según saldo en contrato, contratista cumplió con las actividades del objetocontractual, con el pago de la seguridad social (salud y pensión); la entrega de sus reportes y el informe mensual.

| DOCUMENTO EQUIVALENTE | FACTURA Nro. | 04 | PERIODO | Del día 01 de mes noviembre hasta el 30 del mes de noviembre de 2024 |
|---|---|---|---|---|
| | | | Numero Visitas/Recorridos | 15 |
| VALOR A COBRAR (LETRAS) | Dos millones quinientos noventa y un mil cuatrocientos setenta y cinco pesos. ($ 2.591.475) | | | |
| AMORTIZACION ANTICIPO | N/A | | | |

**Salvedades:** El presente certificado perderá su validez de encontrarse algún inconveniente que cause el no pago de algún proveedor o contratista donde se evidencie responsabilidad del profesional financiera o el coordinador administrativo por falta de revisión; por lo cual no se autorizara el presente pago considerando que por los tiempos de procesos y procedimientos, solo hasta el día de comité de pagos o cuando se estén elaborando los comprobantes de egresos se podrá evidenciar cualquiera de las inconsistencias mencionadas.

**Cordialmente,**

JULIÁN DAVID ARROYAVE BERNAL
Coordinador de núcleo- Supervisor asignado CPS
E/P/R/ Diana Marcela Arboleda Oviedo, Profesional Ambiental RIA S.A
**GESTION DOCUMENTAL**
Anexos: Planilla seguridad social-Cuenta de cobro- -
Certificado SST - Certificado informes.
Copia: Carpeta del contrato CPS-1054-2024