aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1064983946		SERRANO FLOREZ CESAR IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 21 A # 16 25	CERETE-CORDOBA	3016910805	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1411941665	9483871196	I	2025/04/10	2025/04/15	BANCOLOMBIA	5	$622,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,136,400	$341,900			$2,136,400	$267,100			$0	$0			$2,136,400	$11,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,136,400**	**$341,900**			**$2,136,400**	**$267,100**			**$0**	**$0**			**$2,136,400**	**$11,200**		**$0**	**$0**
Ciudad: CERETE Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					**$2,136,400**	**$341,900**			**$2,136,400**	**$267,100**			**$0**	**$0**			**$2,136,400**	**$11,200**		**$0**	**$0**
1	CC 1064983946	SERRANO CESAR	230201	30	$2,136,400	$341,900	ESSC07	30	$2,136,400	$267,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,136,400	$11,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$2,136,400**	**$341,900**			**$2,136,400**	**$267,100**			**$0**	**$0**			**$2,136,400**	**$11,200**		**$0**	**$0**

2025/04/15 10:41 AM

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

ACTIVIDADES	SI	NO
1. En el presente periodo no fueron asignadas actividades relacionadas con esta obligación.	X	

OBSERVACIONES:

CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL

PAGOS PARAFISCALES			FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	$ 2,136,400
	SI	NO	14/03/2025	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	ASOCIACION MUTUAL SER	9483156866	
SENA		X	PENSIÓN	PROTECCION	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	POSITIVA	FEBRERO	14/03/2025

NOTA: Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los parafiscales y seguridad social, de acuerdo a lo establecido por ley. En el caso de requerir contractualmente un equipo de

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL

	SI	NO	
APORTE DE CERTIFICADO			FECHA

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL
-	-	-	-	$ 0.00	-
-	-	-	-	$ 0.00	-
-	-	-	-	$ 0.00	-

NOMBRE DEL CEDENTE	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0.00
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	IDENTIFICACIÓN	-		

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN			FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
	dd/mm/aa		SI		
			NO		

CONTRATO:	DTH-334-2025

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	El valor del presente contrato se pagará en: tres (3) ensualidades vencidas cada una por la suma de: CINCO MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE. ($5.341.000)			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 16,023,000.00			
VALOR PAGADO:	$ 5,341,000			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 10,682,000.00			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y	CINCO MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE. ($5.341.000)			
NUEVO SALDO:	$ 5,341,000			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS	0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	66.60%	% AVANCE FINANCIERO	33.30%

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.°	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado
1	18/03/2025	$ 5,341,000.00				$ 0.00

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)

NO APLICA

9. RELACIÓN DE ANEXOS

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?
Documentos PDF		X		X	

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

	(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO				
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO	X			
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD				
CALIDAD DEL SERVICIO	X			

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIO PATERNINA CAYCEDO			
CARGO:	DIRECTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN			
FIRMA:				
FECHA DE INFORME:	27/04/2024			