	CERTIFICADO CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACION DE SERVICIOS

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	3/05/2025

INFORMACION BENEFICIARIO DE PAGO

NOMBRE BENEFICIARIO DE PAGO	SARA BETANCUR GÓMEZ
NIT.O CC:	1037671623

INFORMACION CONTRACTUAL

NUMERO CONTRATO	CPS-010-2025		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE CARTERA, FISCALIZACIÓN, REPORTE DE INFORMACIÓN PRESUPUESTAL EN PLATAFORMA GESTION 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
Nº POLIZA CUMPLIMIENTO	65-46-101051667	FECHA APROBACION POLIZA	18/01/2025
FECHA INICIAL CUBRIMIENTO ARL	14/01/2025		

Nº CDP	Nº00019	FECHA DE COMPROMISO	14/01/2025	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.000.000,00
Nº RP	Nº00024	FECHA DE REGISTRO	18/01/2025	ADICIONES	$
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 15.000.000,00
				VALOR EJECUTADO	$ 8.583.333,00
				VALOR POR EJECUTAR	$ 6.416.667,00

INFORMACIÓN PARA PAGO

PAGO Nº	PERIODO QUE CERTIFICA	VALOR NETO	$ 2.500.000,00
4 DE 6	MES DE ABRIL	VALOR IVA	$

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

MES APORTE PLANILLA SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	MARZO	TOPE MINIMO	
		IBC	$ 1.423.500,00
		SALUD OBLIGATORIA (12.5%)	$ 178.000,00
Nº DE PLANILLA	77138569	PENSION OBLIGATORIA (16%)	$ 227.800,00
		ARL Nº RIESGO	$ 7.500,00
ES PENSIONADO SI/NO	NO	FONDO SOLIDARIO	$
		TOTAL APORTES	$ 413.300,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Nº CUENTA BANCARIA	275-000012-08
TIPO DE CUENTA	AHORROS
ENTIDAD BANCARIA	BANCOLOMBIA

VISTO BUENO DEL SUPERVISOR

En calidad de supervisor, 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.

Diana Carolina
Secretaria de Hacienda

FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE: DIANA CAROLINA FRANCO ARBOLEDA

CARGO: SECRETARIA

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE HACIENDA