



PAGO PARCIAL:	x	PAGO FINAL:		ACTA PAGO FINAL:	
UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO: SECRETARIA GENERAL				NUMERO DE RADICACION:	2025113015533
JEFE UNIDAD EJECUTORA DEL PRESUPUESTO: EDWIN HEIVER MUÑOZ VASQUEZ				FECHA DE RADICACION:	22-abr.-2025
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE POPAYAN				NIT: 891.580.006	LIQUIDACION DE MES O PERIODO: abril-2025
				COMPRENDIDO DESDE:	HASTA:
				22/mar/2025	13/abr/2025
NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTRATISTA: MAGDA GABRIELA VICTORIA SERRANO					
c.c. - NIT: 25.290.597					

1. DATOS GENERALES							
CONTRATO PRINCIPAL				CONTRATOS ADICIONALES - OTROS			
NUMERO Y CLASE DE CONTRATO:	20251800002817	PLAZO:	Hasta el 31 de mayo de 2025	No(s). CONTRATO(S) ADIC. / OTROS:	0	PLAZO TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROS:	
FECHA DE SUSCRIPCION:	21-feb.-25	FECHA ACTA DE INICIO:	26-feb.-25	FECHA CONTRATO ADIC./OTROS 1:	00-ene.-00	FECHA TERMINAC. CONTRATO(S) ADIC./OTROS:	00-ene.-00
VALOR DEL CONTRATO:	16.000.000,00	FECHA DE TERMINACIÓN:	31-may.-25	VR. TOTAL CONTRATO(S) ADIC./OTROS:	0	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%
No. DISPONIB. PRESUPUESTAL:	2025.CEN.01.0864	ANTICIPO A AMORTIZAR:	0%	NUMERO(S) CDP:	0	NUMERO(S) RDP:	0
No. REGISTRO PRESUPUESTAL:	2025.CEN.01.00914	FORMA DE PAGO:	Hasta cuatro (4) actas parciales, cada una hasta por el valor de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) M.C.T.E	FORMA DE PAGO:			
No. RESOLUCION DE POLIZA:	0	SUPERVISOR:	SANDRA BIBIANA MANQUILLO	No. Resolución póliza contr. adic.			0

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA OPERACIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA SECRETARÍA GENERAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN"

2. PRESUPUESTO ASIGNADO A LA CONTRATACION			
CONTRATO PRINCIPAL		CONTRATOS ADICIONALES - OTROS	
VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	16.000.000,00	VR. DISPONIBILIDAD(ES) PRESUPUESTAL(ES):	0,00
VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	16.000.000,00	VR. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES):	0,00

3. EJECUCION DEL CONTRATO SEGUN LA FORMA DE PAGO			
MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS
Pagos vigencias anteriores	0,00	0,00	0,00%
Pago anticipado	0,00	0,00	0,00%
Enero	0,00	0,00	0,00%
Febrero	0,00	0,00	0,00%
Marzo	4.000.000,00	0,00	25,00%
Abril	4.000.000,00	0,00	50,00%
Mayo	0,00	0,00	50,00%
Junio	0,00	0,00	50,00%
VR. HONORARIOS O SERVICIOS EJECUTADOS:	8.000.000,00		
VR. IMPUESTOS FACTURADOS EJECUTADOS:	0,00		
MES DE PAGO	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IMPUESTOS FACTURADOS	% EJECUCION DE PAGOS
Julio	0,00	0,00	50,00%
Agosto	0,00	0,00	50,00%
Septiembre	0,00	0,00	50,00%
Octubre	0,00	0,00	50,00%
Noviembre	0,00	0,00	50,00%
Diciembre	0,00	0,00	50,00%
VR. HONORARIOS O SERVICIOS POR EJECUTAR:	8.000.000,00		

4. VR. EJECUTADO PRESENTE ACTA				5. BALANCE DE LA EJECUCION FINANCIERA PARA EL MES O PERIODO			
VR. liquidado o acumulado para el mes o periodo:	abril-2025	4.000.000,00		VR. CONTRATO PRINCIPAL:	16.000.000,00		
(-) Amortizac. anticipo:	abril-2025	0,00%	0,00	MAS: CONTRATO(S) ADICIONAL(ES)/OTROS:	0,00		
(-) Vr. pagado mismo mes o periodo en acta No.				VR. TOTAL CONTRATADO:	16.000.000,00		
NETO AUTORIZADO PARA TRAMITE DE PAGO:	4.000.000,00			VR. NETO PAGOS VIGENCIAS ANTERIORES:	0,00		
				VR. ANTICIPO:	0,00		
				VR. PAGO ANTICIPADO:	0,00		
				VR. NETO ACTAS ANTERIORES:	4.000.000,00		
				VR. NETO PRESENTE ACTA:	4.000.000,00		
				SALDO POR PAGAR:	8.000.000,00		
				SUMAS IGUALES:	16.000.000,00	16.000.000,00	
SON (VR. EN LETRAS): cuatro millones pesos m.cte.							

4.1 AMORTIZACION DEL ANTICIPO		
Vr. anticipo	Amort. aplic. acum.	Saldo x amortizar
0	0	0

6. LIQUIDACION Y VERIFICACION DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y ESTAMPILLA P.B.A.M. PARA EL MES O PERIODO					
VR. HONORARIOS O SERVICIOS DEL CONTRATISTA:	4.000.000,00	VALOR BASE (I.B.C.):	1.600.000,00	S.M.M.V.:	1.423.500,00
		Valor a pagar	Valor pagado contratista		Diferencia
PAGO A SALUD (12,5%):		200.000	200.000		0
PAGO A PENSION (16%):		256.000	256.000		0
PAGO A RIESGOS LABORALES:		8.352	8.400		48
DESCUENTO ESTAMPILLA P.B.A. ADULTO MAYOR (3%):		120.000			
% RIESGOS LABORALES:	0,522%	No. PLANILLA PILA:	4599137835		

7. OBSERVACIONES	
Planilla de seguridad social marzo 4599137835	

8. CERTIFICACIÓN		
El Supervisor del contrato certifica, que en lo correspondiente al mes o periodo de la presente acta, ha verificado y recibido a entera satisfacción el cumplimiento del OBJETO (y sus obligaciones específicas) u OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, refrendo a los bienes, servicios, metas y/o actividades descritas en el Informe de ejecución y supervisión contractual por lo que se hace responsable de la veracidad de la información contenida en este documento. Asimismo, certifica que verificó que el contratista cumplió a entera satisfacción con el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y estampillas, conforme a los datos aquí registrados.		
SANDRA BIBIANA MANQUILLO	MAGDA GABRIELA VICTORIA SERRANO	
Firma Supervisor	Firma Contratista	Firma apoyo a la supervisión (si aplica)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	TIPO DE PLANILLA:	MESES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DEPARTAMENTO:	PERIODO COTIZACIÓN:	marzo 2025	FECHA PASO (aaaa/mm/aa)	2025
Ciudad/Municipio	POPUYAN	FECHA PASO:	20250409	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	8092301790
CALLE O NÚMERO	CALLE FOMENTO				
CÓDIGO POSTAL	02 INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:	ACTIVIDAD ECONOMICA:				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEGVIA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO				
NÚMERO PLANILLA:		4539137835			
NÚMERO COTIZACIÓN OTROS:		MESES			
DEPARTAMENTO:		CAUCA			
CALLE O NÚMERO:		832970			
CÓDIGO POSTAL:		INDEPENDIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y reguladoras de la ley			

[illegible]

ADMINISTRADORA														TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO		NOMBRE		Nº. COSEGUROS		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNUIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES							
						NÚMERO AUTORIZACIÓN VALOR		NÚMERO AUTORIZACIÓN VALOR		PLANILLA VALOR		COTIZACIÓN VALOR ADEBES		COTIZACIÓN VALOR ADEBES		APORTES MORA DESCUENTO VALOR PAGADO							
						Nº VALOR		Nº VALOR		Nº VALOR		Nº VALOR		Nº VALOR		Nº VALOR							
F-5009		F-5009-SANITAS S.A.																					
SUB-TOTALES:						\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 200.00		\$ 0.00		\$ 200.00							

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES								
		Nº. CONTRANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	INCAPACIDAD RP %	SALDO A FAVOR		
						PLANTA		
							VALOR	
							COTIZACIÓN	
							LICUDACIÓN	
							APORTES	
							\$ 0.00	
							DESCUENTO	
							\$ 0	
							TOTALES	
ADMINISTRADO/A								
CÓDIGO	NOMBRE							
14-21	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	%	\$ 0		
SUB-TOTALES:							\$ 0.00	\$ 0.00

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 464.400
----------------------	-------------------