Periodo que reporta:

DIA	MES	AÑO	A	DIA	MES	AÑO
19	04	2025		18	05	2025

Informe No. __3__

1. Datos del Supervisor y/o Interventor:

Nombre:	JESUS DAVID HINCAPIE VALENCIA
Cargo:	JEFE DE OFICINA DE GESTION ADMINISTRATIVA
Proceso:	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

2. Datos del contrato:

Contrato No.	059	Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contratista:	MONICA VIVIANA FERNANDEZ LLANO		
Objeto:	**""PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DOCUMENTAL EN EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDIO S.A E.S.P, EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL EN LOS ARCHIVOS DE GESTION DE LA ENTIDAD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA POR LA LEY GENERAL DE ARCHIVO".**		
Certificado de Disponibilidad presupuestal	No. 250116 No. 250446	Fecha 24 de Enero del 2025 Fecha 09 de Mayo del 2025	
Certificado registro presupuestal	No. 250168 No. 250440	Fecha 18 de Febrero de 2025 Fecha 15 de mayo de 2025	
Régimen	Común ____ Simplificado _X___		
Sitio de ejecución del contrato:	DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO		
Fecha acta de inicio:	FEBRERO 18 de 2025		
Valor del contrato:	SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000)		
Forma de pago:	Será cancelado al contratista el valor pactado, mediante tres (3) pagos iguales, cada uno de treinta (30) días calendarios vencidos, por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($2 .000.000) previa la presentación de la cuenta de cobro, certificado suscrito por el supervisor, informe de actividades y soporte de pago al sistema general de seguridad social en salud, pensión y ARL.		
Plazo de ejecución:	El presente contrato tendrá un plazo de ejecución de NOVENTA (90) DIAS contados desde la firma del Acta de inicio por parte del Supervisor designado por la empresa.		
Adición:	N1 por un valor de tres millones de pesos m/cte. ($3.000.000)		
Prorroga:	N1 por cuarenta y cinco (45) días		
Suspensión:	N/A		
Vencimiento garantías:	N/A		
Fecha de terminación:	02 de Julio de 2025		

Valor autorizado para pago:	$2.000.000	DOS MILLONES DE PESOS M/CTE

3. Cumplimiento De Obligaciones

Certifico que el Contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el contratante.

CUMPLE: ☐ **SI** ☐ **NO**

La documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato, se encuentra en el informe de actividades del contratista.

Observaciones:

Se presenta seguridad social correspondiente al mes de Marzo Planilla No. 4603623221

4. Balance General del Contrato:

No.	Concepto	Valor anticipos $	Valor Amortización anticipo $	Valor Adiciones	Valor pagos parciales $	Saldo $
	Valor inicial del contrato					$6.000.000
1	Pago 18/02/2025 al 19/03/2025	$ -	$ -	$ -	$ 2.000.000	$ 4.000.000
2	20/03/2025 al 18/04/2025	$ -	$ -	$ -	$ 2.000.000	$ 2.000.000
3	19/04/2025 al 18/05/2025	$ -		$ 3.000.000	$ 2.000.000	$ 3.000.000

Nota. Incluir las filas que se requieran o eliminar las filas que estén en blanco

5. Evidencias documentales del contrato:

Concepto	SI	NO
1. Pago Salud mes de: mes abril	X	
2. Pago Pensión mes de: abril	X	
3. Pago ARL mes de: abril	X	
4. Informe de actividades del contratista abril	X	
5. Acta de productos recibidos a satisfacción (suministros-compra venta)	X	
6. Factura y/o documento equivalente		X
7. Acta de pago obra		X
8. Paz y salvo administrativo		X
9. Acta semanal visita de obra realizadas por el Supervisor		X
10. Incluye firmas de los residentes de obra del proyecto con el respectivo registro fotográfico		X
9. Otros (cuál)?		X

NOTA 1. El Supervisor y/o interventor certifica que revisó, verificó y constató el pago de los aportes a seguridad social por parte del contratista, con base en los soportes presentados por éste.

NOTA 2. El supervisor y/o interventor solicitará la paz y salvo administrativo para la aprobación del último pago, éste deberá ser tramitado por el contratista y entregado con el informe de actividades contractuales.



JESUS DAVID HINCAPIE VALENCIA.
Supervisor
Jefe de Oficina de Gestión Administrativa

soi

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

PO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41940624
MBRE O RAZON SOCIAL:			MONICA VIVIANA FERNANDEZ LLANO
JDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
RECCIÓN:	MZ 7 CS 15 VILLA CAROLINA 1 ETAPA	TELEFONO:	7777777
PO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
RMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4603623221	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025		
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/09	NUMERO AUTORIZACIÓN:	9992621568		

TOTAL APORTES A PENSION

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
1501	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 227.800	$ 200	$ 228.000
BTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 200**	**$ 228.000**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
ES005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 178.000	$ 200	$ 0	$ 178.200
IBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 178.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
IBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES										
																												PENSIÓN									SALUD								ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	RETENCIÓN TRIBUTARIA	IVG	RET	TDE	TAE	TAP	COM	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	CC 41940624	FERNANDEZ LLANO MONICA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																230301-PORVENIR	30	1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	$ 41940624	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.800

2025/05/09 8:19 AM USUARIO: SOI 0C883687

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.395-1
ORDEN DE SERVICIO

No. OS: 958330780
Cliente:
Fecha: 09/05/2025 08:19:
PAP:
Identificación: 41940
Nombre: MON
Apellido 1: FERNA
Apellido 2: LLANO
TELEFONO: CEDULA DE CIUDADANÍA
Producto: 460362
Plan: 202
Periodo Pago:
Valor Comision:
Valor Iva Comision:
Referencia: 41940624 Valor: $413.80

Aplica condiciones particulares con
Cliente beneficiario unic
Conserve este recibo es el unico
soporte valido para atender cualqu

Para reclamaciones presente est
recibo al (1) 6210101,
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co