FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

VERSIÓN: 001 | Pagina: 1 de 1

Dependencia:	SECRETARÍA DE HACIENDA	Número de pago:	2	Total de pagos:	3	Fecha:	6 de mayo de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

OPS
CONTRATO X
RESOLUCIÓN
FACTURA
CONVENIO

DATOS ESPECÍFICOS

Número:	140-10-06-116-2025			Fecha de iniciación:	18 Marzo del 2025		
Fecha de suscripción:	18 Marzo Del 2025			Fecha de terminación:	31 Mayo del 2025		
N° CDP:	271	Fecha	13 de marzo de 2025	Duración:	2	Meses 15	Días
N° RP:	353	Fecha :	18 de marzo de 2025	Periodo a pagar:	01 abril al 30 abril 2025		
Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ELABORACION DE LA CONTABILIDAD DEL MUNICIPIO DE VENECIA POR TODA LA VIGENCIA 2025

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	P.S. ASESORIAS INTEGRALES S.A								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula		Nit.	X	Número:	811.044.554	DV.	1	
Dirección:									
Número de Teléfono:	-	FAX:				CEL.	-		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	54000003429	Banco:	BANCOLOMBIA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS — Marque con "X"

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-
Actividad IICA- Código CIIU:	6920	Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:		$ 30.666.102,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 30.666.102,00

Valor pagado:

Anticipo	$ 0,00				
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$10.222.034,00	$10.222.034,00	$ 0,00	**$ 0,00**	$ 0,00	$ 0,00
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 10.222.034,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 10.222.034,00**
Saldo:	$ 10.222.034,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	7
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	

Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:
se presentaron los informe trimestrales y adema liquido la retencion en la fuente

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	203.800 Periodo	01 abril al 30 abril 2025	Valor pagado $	814.700 Periodo	01 abril al 30 abril 2025
Comprobante de pago Número:	7965511241		Comprobante de pago Número:	7965511241	
Fecha de pago:	24/04/2025		Fecha de pago:	24/04/2025	

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	45.800 Periodo	01 abril al 30 abril 2025	Certificación:	SI:	NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Jesica Calle

Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR		Copia de aporte a salud	SI: X NO:
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESICA CALLE CANO	Copia aporte ARP	SI: X NO:
C.C.:	1.046.668.333		
CARGO:	SECRETARIA DE HACIENDA		

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN - EVALUACIÓN Y PAGO PROVEEDORES CONTRATOS -CONVENIOS

VERSIÓN: 001							Pagina: 1 de 1
Dependencia:	**SECRETARÍA DE HACIENDA**	**Número de pago:**	**2**	**Total de pagos:**	**3**	**Fecha:**	**0 de enero de 1900**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

OPS	
CONTRATO	X
RESOLUCIÓN	
FACTURA	
CONVENIO	

DATOS ESPECÍFICOS

Número:	140-10-06-116-2025			Fecha de iniciación:		18 Marzo del 2025	
Fecha de suscripción:	18 Marzo Del 2025			Fecha de terminación:		31 Mayo del 2025	
N° CDP:	271	Fecha	13 de marzo de 2025	Duración:	2 Meses	15 Días	
N° RP:	353	Fecha :	18 de marzo de 2025	Periodo a pagar:		01 marzo al 31 marzo 2025	
Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ELABORACION DE LA CONTABILIDAD DEL MUNICIPIO DE VENECIA POR TODA LA VIGENCIA 2025

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	P.S. ASESORIAS INTEGRALES S.A								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	811.044.554	DV.	1
Dirección:									
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	54000003429	Banco:	BANCOLOMBIA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS — Marque con "X"

Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-
Actividad IICA- Código CIIU:	6920	Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	$ 30.666.102,00
Adición No.	$ 0,00
Valor Total del contrato:	$ 30.666.102,00

Valor pagado:

Anticipo	$ 0,00				
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$ 10.222.034,00	$ 10.222.034,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 10.222.034,00
Valor a pagar en el periodo:	$ 10.222.034,00
Saldo:	$ 10.222.034,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: X	NO:	# de folios:	7
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: X	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	203.800 Periodo	01 abril al 30 abril 2025	Valor pagado $	814.700 Periodo	01 abril al 30 abril 2025
Comprobante de pago Número:	7965511241		Comprobante de pago Número:	7965511241	
Fecha de pago:	24/04/2025		Fecha de pago:	24/04/2025	

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	45.800 Periodo	01 abril al 30 abril 2025	Certificación:	SI:	NO: X

Persona Juridica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

EVALUACION DEL CONTRATISTA

TEMA	PESO	CRITERIO	Cal.	Vr. Real	Vr. Ideal	DIFERENCIA
Cumplimiento Exigencias Contractuales	60%	Productos y/o servicios acordes con los requeridos	5	0,03	0,03	0,00
		Cumplimiento de plazos contractuales o de cronogramas acordados	5	0,03	0,03	0,00
		Presentó Informes Oportunamente	5	0,03	0,03	0,00
Otras actividades	40%	Atención a reclamos y/o aclaraciones	5	0,02	0,02	0,00
		Servicio al cliente	5	0,02	0,02	0,00
		Conocimiento o idoneidad del contratista en la prestación del servicio o suministro del bien	5	0,02	0,02	0,00
	100%	TOTALES		0,15	0,15	0,00
		CALIFICACIÓN TOTAL			100,0%	

Criterios de Evaluación	Calificación: BUENO
BUENO	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MAYOR O IGUAL A 80%
REGULAR	SI LA CALIFICACION TOTAL ESTA ENTRE 51% Y 79%
DEFICIENTE	SI LA CALIFICACION TOTAL ES MENOR A 50%

Anexos:

Copia de aporte a pensión	SI: X	NO:
Copia de aporte a salud	SI: X	NO:
Copia aporte ARP	SI: X	NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR: Jesica Calle

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESICA CALLE CANO

C.C.: 1046668333

CARGO: SECRETARIA DE HACIENDA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811044554
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PS ASESORIAS INTEGRALES SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 84 43 36 OF 106	TELÉFONO:	5575740
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de contabilidad,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7965511241**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1431394512

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 229.800
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 584.900
		SUBTOTAL:	2	**$ 814.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 146.300
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 57.500
		SUBTOTAL:	2	**$ 203.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	2	$ 203.700
		SUBTOTAL:	2	**$ 203.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 45.800
		SUBTOTAL:	2	**$ 45.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.257.200**
VALOR MORA:	**$ 10.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.268.000**

Planilla Pagada