

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

VERSIÓN: 001

Página: 1 de 1

Dependencia:

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Número de pago:

3

Total de pagos:

3

Fecha:

05 de junio 2025

**ACTO ADMINISTRATIVO**

|                |                                           |  |                                                     |  |
|----------------|-------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| Marque con "X" | NÚMERO: 160-10-06-086-2025                |  | FECHA DE INICIACIÓN: 25 Febrero del 2025            |  |
| OPS            | FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 25 Febrero Del 2025 |  | FECHA DE TERMINACIÓN: 25 Mayo del 2025              |  |
| CONTRATO       | N° CDP: 161                               |  | Duración: 3 Meses                                   |  |
| RESOLUCIÓN     | N° RP: 258                                |  | Días                                                |  |
| FACTURA        | Fecha: 25 de febrero de 2025              |  | Periodo a pagar: del 25 de abril al 25 de mayo 2025 |  |
| CONVENIO       | Requiere Informe: SI: X NO:               |  | Suspensión No.: En tiempo:                          |  |
|                | Entregó Informe: SI: X NO:                |  | Prorroga No.: En tiempo:                            |  |

Objeto:

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO Y MANTENIMIENTO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

|                                                            |                                                                 |  |  |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--|
| Nombre:                                                    | JUAN CARLOS VASCO MARTINEZ                                      |  |  |
| Identificación:                                            | Tipo de documento: Cédula X Nit. Número: 1.046.668.640 DV:      |  |  |
| Dirección:                                                 |                                                                 |  |  |
| Número de Teléfono:                                        | FAX: CEL:                                                       |  |  |
| Clase y número de cuenta:                                  | Corriente: Ahorros X Número: 0550488420402734 Banco: DAVIVIENDA |  |  |
| ASPECTOS TRIBUTARIOS                                       | Marque con "X"                                                  |  |  |
|                                                            | Persona Natural: X Persona Jurídica:                            |  |  |
|                                                            | Gran Contribuyente: - Autoretanedor: -                          |  |  |
|                                                            | IVA Régimen Común: - Entidad sin ánimo de lucro: -              |  |  |
|                                                            | Actividad IICA- Código CIIU: 9609 Tarifa: -                     |  |  |
| He verificado de esta información frente al RUT: SI: X NO: |                                                                 |  |  |

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO**

Valor Inicial del contrato: \$ 6.000.000,00  
Adición No. \$ 0,00  
Adición No. \$ 0,00  
Adición No. \$ 0,00  
Valor Total del contrato: \$ 6.000.000,00

Valor pagado:

|              |                 |              |                 |             |                 |              |         |
|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| Anticipo     | \$ 0,00         | Cuarto pago  | \$ 0,00         | Quinto Pago | \$ 0,00         | Sexto Pago   | \$ 0,00 |
| Primer Pago  | \$ 2.000.000,00 | Segundo Pago | \$ 2.000.000,00 | Tercer pago | \$ 2.000.000,00 |              |         |
| Septimo Pago | \$ 0,00         | Octavo Pago  | \$ 0,00         | Noveno Pago | \$ 0,00         | Decimo Pago  | \$ 0,00 |
|              |                 |              |                 |             |                 | Onceavo Pago | \$ 0,00 |
|              |                 |              |                 |             |                 | Doceavo Pago | \$ 0,00 |

Total Pagado: \$ 4.000.000,00  
Valor a pagar en el periodo: \$ 2.000.000,00  
Saldo: \$ 0,00

**AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

El contratista presentó el informe correspondiente:  
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:  
Se remitió al Comité de contratación:  
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:

SI: X NO: # de folios: 14  
SI: X NO:  
SI: NO: X Fecha:

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

|                                        |                                                   |                                        |                                            |  |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--|
| Persona Natural:                       | Aportes a Salud                                   |                                        | Aportes a Pensión                          |  |
| Valor pagado \$ 148.300                | Periodo del 25 de abril al 25 de mayo 2025        | Valor pagado \$ 189.800                | Periodo del 25 de abril al 25 de mayo 2025 |  |
| Comprobante de pago Número: 5167220307 |                                                   | Comprobante de pago Número: 5167220307 |                                            |  |
| Fecha de pago: 05 de junio 2025        |                                                   | Fecha de pago: 05 de junio 2025        |                                            |  |
| Aportes ARP                            | Pensionado: SI: NO: X                             |                                        |                                            |  |
| Valor pagado \$ 6.200                  | Periodo del 25 de abril al 25 de mayo 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.

FIRMA DEL SUPERVISOR  
NOMBRE DEL SUPERVISOR:  
C.C.:  
CARGO:

ARITSELA MARIA SOTO TORRES  
43.480.302  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Anexos: Copia de aporte a pensión

SI: X NO:

Copia de aporte a salud  
Copia aporte ARPSI: X NO:  
SI: X NO:

10/06  
9

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                   |                            |                           |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| IDENTIFICACIÓN:                                                 | CÉDULA DE CIUDADANÍA       | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1046668640                                        | NÚMERO PLANILLA:               | 5167141059 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| RAZÓN SOCIAL:                                                   | JUAN CARLOS VASCO MARTINEZ | DEPARTAMENTO:             | ANTIOQUIA                                         | PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:      | MES        | abril AÑO                 | 2025             |
| ORIGEN:                                                         | VENECIA                    | TELÉFONO:                 | 0491730                                           | DÍAS DE MORA:                  | 0          | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              |
| PROYECTO:                                                       | 02-INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                   | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/05/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 0663464054       |
| PRESENTACIÓN:                                                   | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONÓMICA:      | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |                                |            |                           |                  |
| EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | ÚNICO                      |                           | NO                                                |                                |            |                           |                  |

| ADMINISTRADORA  |                 | TOTAL APORTES A PENSION |            |                     |           |             |              |            |      | TOTALES           |             |                   |
|-----------------|-----------------|-------------------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|-------------|-------------------|
| CODIGO          | NOMBRE          | No. COTIZANTES          | COTIZACION | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | APORTES           | MORA        | VALOR PAGADO      |
|                 |                 |                         |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP  |                   |             |                   |
| 330             | 230301-PORVENIR | 1                       | \$ 227.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 227.800        | \$ 0        | \$ 227.800        |
| <b>TOTALES:</b> |                 |                         |            |                     |           |             |              |            |      | <b>\$ 227.800</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 227.800</b> |

| TOTAL APORTES A SALUD |                          |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |      |           |              |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                          | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |           |              |
| CODIGO                | NOMBRE                   |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| PSH                   | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1                 |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 178.000  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 178.000   |
| TOTALES:              |                          |                   |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 178.000  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 178.000   |

| ADMINISTRADORA |               | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                     |       |                      |          |                        |          |          |      |           |              |
|----------------|---------------|---------------------------------------|---------------------|-------|----------------------|----------|------------------------|----------|----------|------|-----------|--------------|
| NOMBRE         |               | No. COTIZANTES                        | INCAPACIDAD IRP     |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN |          | TOTALES  |      |           |              |
| OTGO           |               |                                       | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR                  |          | APORTES  | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 12             | 24-25-COLMENA | 1                                     |                     | \$ 0  | \$ 0                 |          | \$ 0                   | \$ 7.500 | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.500     |
| TOTAL:         |               |                                       |                     |       |                      |          |                        |          | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.500     |

[illegible]

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 413.300</b> |
|----------------------|-------------------|



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

|                                                                           |                           |                                |            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                           | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA      | NÚMERO PLANILLA:               | MES        |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | PERIODO COTIZACIÓN OTROS:      | MAYO AÑO   |
| Ciudad/Municipio:                                                         | VENECIA                   | DÍAS DE MORA:                  | 2025       |
| DIRECCIÓN:                                                                | DIRECCIÓN:                | FECHA PAGO (año/mes/día):      | 0          |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE          | NÚMERO AUTORIZACIÓN:           | 0544336494 |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                   |                                |            |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | UNICO                     |                                |            |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICSE (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                        |                                |            |

| ADMINISTRADORA |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |             |      | TOTAL APORTES A SALUD |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             |
|----------------|-----------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-------------|------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR               | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP  | LIQUIDACIÓN           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN |
| 230301         | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 189.800 | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        |
| SUBTOTAL:      |                 |                |            |                         |           |             |      |                       |             |             |             |                                       |             |             |             |                                       |             |             |             |

| ADMINISTRADORA |                          | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |             |      | TOTAL APORTES A SALUD |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             |
|----------------|--------------------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-------------|------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE                   |                |            | EMPLEADOR               | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP  | LIQUIDACIÓN           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN |
| EPS040         | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1              | \$ 0       | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        |
| SUBTOTAL:      |                          |                |            |                         |           |             |      |                       |             |             |             |                                       |             |             |             |                                       |             |             |             |

| ADMINISTRADORA |               | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |             |      | TOTAL APORTES A SALUD |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             |
|----------------|---------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-------------|------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE        |                |            | EMPLEADOR               | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP  | LIQUIDACIÓN           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN |
| 14-25          | 14-25 COLMENA | 1              | \$ 0       | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        |
| SUBTOTAL:      |               |                |            |                         |           |             |      |                       |             |             |             |                                       |             |             |             |                                       |             |             |             |

| ADMINISTRADORA |               | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN   | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |             |      | TOTAL APORTES A SALUD |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |             |             |             |
|----------------|---------------|----------------|--------------|-------------------------|-----------|-------------|------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE        |                |              | EMPLEADOR               | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP  | LIQUIDACIÓN           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN                           | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN | LIQUIDACIÓN |
| CC             | CC 1040668640 | 1              | \$ 1.186.250 | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0                                  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        |
| SUBTOTAL:      |               |                |              |                         |           |             |      |                       |             |             |             |                                       |             |             |             |                                       |             |             |             |

TOTAL PAGADO: \$ 344.300