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

VERSIÓN: 001 | Pagina: 1 de 1

Dependencia:	SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO	Número de pago:	2	Total de pagos:	4	Fecha:	4 de junio de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	120-10-06-123-2025			Fecha de iniciación:	1 Abril del 2025		
CONTRATO		Fecha de suscripción:	1 Abril Del 2025			Fecha de terminación:	31 Julio del 2025		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	285	Fecha	25 de marzo de 2025	Duración:	4 Meses	-----	Días
FACTURA		N° RP:	418	Fecha :	1 de abril de 2025	Periodo a pagar:	Mayo		
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:		
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:		

Objeto: SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (DIESEL, ACPM, GASOLINA), LUBRICANTES, GRASAS, FILTROS Y ACEITES PARA EL PARQUE AUTOMOTOR ADSCRITO AL MUNICIPIO DE VENECIA.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	HENAO BAYONA S.A.S								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	900.423.194	DV.	0
Dirección:									
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	500298450	Banco:	BANCO DE BOGOTA	

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:	7310	Tarifa:	0.75%
He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:		$ 80.583.031,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 80.583.031,00

Valor pagado:

Anticipo					
$ 0,00					
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$11.177.860,00	$19.154.700,00	$ 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:	$ 11.177.860,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 19.154.700,00**
Saldo:	$ 50.250.471,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	0
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 $	1.464.100 Periodo	Mayo	Valor pagado $	6.025.000 Periodo	Mayo
Comprobante de pago Número:	86807188		Comprobante de pago Número:	86807188	
Fecha de pago:	26 de mayo de 2025		Fecha de pago:	26 de mayo de 2025	

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	350.200 Periodo	Mayo	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.

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: Natalia Orozco L.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATALIA OROZCO LOAIZA

C.C.: 1.046.667.676

CARGO: ALCALDESA MUNICIPAL

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	HENAO BAYONA S A S	**NIT:**	900423194
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2025
Número de Radicación:	86807188	**Total a pagar:**	$9,303,200
Fecha de vencimiento:	23/05/2025	**Total de empleados:**	12
Fecha de Pago:	26/05/2025	**Número de Administradoras:**	13

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1507836225
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12		$0	$350,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	4		$0	$1,554,500
230301	800224808	Porvenir	6		$0	$2,946,600
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	1		$0	$1,192,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$331,400
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	4		$0	$331,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$1,132,300
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	2		$0	$681,400
EPS005	800251440	Sanitas EPS	3		$0	$173,300
EPS010	800088702	EPS Sura	2		$0	$215,600
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$62,200
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	3		$0	$243,000
EPS040	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1		$0	$88,600
						$9,303,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Le informamos que el pago de la planilla No. 86807188, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está ciasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información