Personería Municipal de Popayán	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: FT-GC-003
		Versión: 04
	INFORME DE SUPERVISIÓN-CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	Fecha: 06/02/2025

DATOS GENERALES DEL CONTRATO:

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO BRINDADO APOYO A LA PERSONERIA DELEGADA EN ASUNTOS PENALES, EN LAS DILIGENCIAS QUE SE ADELANTEN EN LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN.

Nombre del Contratista:	**FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ**		
C.c. o Nit:	1.061.726.573	**Res. Aprobación Póliza**	NA
Número del Contrato	010-2025	**Fecha de Inicio del Contrato**	18 de enero de 2025
Valor del Contrato	$ 50.000.000	**Fecha de Terminación**	17 de noviembre de 2025
Valor IVA (Asumido o Incluido)	$ -	**Número del CDP**	CDP 16 DE ENERO 7 DEL 2025
Valor del Registro Ppal al Iniciar el Contrato	$ 50.000.000	**Número del Registro**	RDP 24 DE 17 DE ENERO 2025
N° de la Adición	$ -	**Fecha de Firma de la Adición**	NA
Valor de la Adición	$ -	**Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato**	NA
Valor Total del Contrato	$ 50.000.000	**N° del CDP de la Adición**	NA
Valor Registro Ppal de la Adición	$ -	**N°. Registro Ppal de la Adición**	NA
Periodo a Certificar	Periodo del 18/07/2025 al 17/08/2025		
Plazo del contrato	DIEZ (10) MESES, PREVIA APROBACIÓN DE LA PLATAFORMA DEL SECOP II Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
Forma de Pago	diez (10) actas mensuales cada una por valor de hasta CINCO MILLONES DE PESOS MCTE ($5.000.000)		
Número de Cuenta Bancaria	NO. 0550196000857256	**Tipo de Cuenta**	AHORROS
Nombre del Banco	BANCO DAVIVIENDA		
Con el objeto de proceder a la suscripción del	ACTA No. 007		

Se presenta el Informe de supervisión del contrato de la referencia, con fundamento en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, art 83 de la ley 1474 de 2011 y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MES	VALOR HONORARIOS O SERVICIOS	VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO)	% DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
ENERO	$ 5.000.000		10%	JULIO	$ 5.000.000		10%
FEBRERO	$ 5.000.000		10%	AGOSTO			0%
MARZO	$ 5.000.000		10%	SEPTIEMBRE			0%
ABRIL	$ 5.000.000		10%	OCTUBRE			0%
MAYO	$ 5.000.000		10%	NOVIEMBRE			0%
JUNIO	$ 5.000.000		10%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		**$ 35.000.000**	70%	**Valor por Ejecutar:**			**$ 15.000.000**

PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Valor Mensual Honorarios	$ 5.000.000	**Ingreso Base Cotización (IBC)**	$ 2.000.000

Valor Mínimo a Pagar		Valor Pagado por el Contratista			
		Concepto	**Vlr Pagado**	**Diferencia**	**Planilla N°**
Aportes Salud	$ 250.000	**Aportes Salud**	$ 500.600	**$ 250.600**	**9490311242**
Aportes Pensión	$ 320.000	**Aportes Pensión**	$ 640.800	**$ 320.800**	
Riesgos Laborales	$ 10.440	**Riesgos Laborales**	$ 21.000	**$ 10.560**	

INFORME SUPERVISOR DEL CONTRATO

Conforme a lo establecido en el contrato, las normas vigentes y los valores correspondientes al mes de ejecución expresado en este documento y verificado el CUMPLIMIENTO DEL OBJETO del contrato, la ejecución de las ACTIVIDADES, el pago de los APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, entrega de INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES, así como la existencia de toda la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL COMPLETA para proceder al pago de la presente acta. Informo que, he revisado la totalidad de actividades discriminadas en la correspondiente cláusula del contrato y he constatado que el contratista ha cumplido la totalidad de las mismas. De igual manera se verifico que el contratista no tiene pendiente por legalizar ningun gasto de viaje a la fecha del presente informe, informacion constatada con el proceso de Gestion Administrativa, asi como tambien se verificó por parte de la supervisión y/o apoyo de la supervision la entrega de la documentación para cargar en la plataforma SIA OBSERVA y los soportes cargados en la plataforma SECOP II de la cuenta de cobro del mes a pagar.

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN.

El supervisor o interventor dando cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la ley 80 de 1474 de 2011 certifica que el contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas en el informe, dentro del periodo establecido para el pago de la (7) acta parcial, aportando certificados de afiliciación a la seguridad social.

Anexo:	Informe de actividades del contratista.certificados de afiliciaón de salud, pesión, arl y planilla de pago del mes de Agosto No.9490311242
Observaciones	

PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA :	**21/08/2025**
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	Nombre del Supervisor:
N/A	**AIDA RAMOS MAMIAN**
N/A	
FIRMA APOYO SUPERVISIÓN.	**FIRMA DEL SUPERVISOR**

Powered by CamScanner

Resumen General de Pago

'ANTE

Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
EZ PAZ FABIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 10 # 13 17 las Americas 2 piso	POPAYAN-CAUCA	8000000	No

IIDACION

Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
176	9490311242	I	2025/09/16	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,162,400

DE APORTES

	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
res	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
			$4,004,400	$640,800			$4,004,400	$500,600			$0	$0			$4,004,400	$21,000		$0	$0
Afiliados)			$4,004,400	$640,800			$4,004,400	$500,600			$0	$0			$4,004,400	$21,000		$0	$0
filiados)			$4,004,400	$640,800			$4,004,400	$500,600			$0	$0			$4,004,400	$21,000		$0	$0
BIAN	230301	30	$4,004,400	$640,800	EPS037	30	$4,004,400	$500,600		0	$0	$0	14-23	30	$4,004,400	$21,000	0	$0	$0
			$4,004,400	$640,800			$4,004,400	$500,600			$0	$0			$4,004,400	$21,000		$0	$0

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061726573		MARTINEZ PAZ FABIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 10 # 13 17 las Americas 2 piso	POPAYAN-CAUCA	8000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1701144376	9490311242	I	2025/09/16	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,162,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$640,800	$0	$0	$640,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$640,800	$0	$0	$640,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,000	$0	$0	$21,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,000	$0	$0	$21,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,600	$0	$0	$500,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$500,600	$0	$0	$500,600
TOTAL				1	$1,162,400	$0	$0	$1,162,400

Pago electrónico

electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

en del pago electrónico

Dirección IP:	186.146.159.111
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9490311242
Valor:	1,162,400
Período de pago:	2025-08
No Transacción (CUS):	1701144376
Fecha:	2025/08/14
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9490311242
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir