

Helman

 FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO																									
VERSIÓN: 001 Página: 1 de 1																									
Dependencia: SECRETARIA DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD	Número de pago: 5 Total de pagos: 6 Fecha: 5 de agosto de 2025																								
ACTO ADMINISTRATIVO																									
Marque con "X" OPS: ☒ CONTRATO RESOLUCIÓN: ☐ FACTURA: ☐ CONVENIO: ☐	DATOS ESPECÍFICOS Número: 100-10-06-009-2025 Fecha de suscripción: 4 Febrero Del 2025 N° CDP: 073 N° RP: 108 Fecha: 28 de enero de 2025 Fecha: 4 de febrero de 2025 Requiere Informe: SI: ☒ NO: ☐ Entregó Informe: SI: ☒ NO: ☐ Fecha de iniciación: 4 Febrero del 2025 Fecha de terminación: 4 Agosto del 2025 Duración: 6 Meses Periodo a pagar: del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Suspensión No.: ☐ Prorroga: No.: ☐																								
Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO VETERINARIO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE CUIDADO ANIMAL EN EL MUNICIPIO DE VENECIA ANTIOQUIA.																									
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																									
Nombre: HELMAN ELIAS GARCIA RODRIGUEZ Identificación: Tipo de documento: Cédula X Nit: ☐ Número: 93.386.699 DV: ☐ Dirección: ☐ Número de Teléfono: ☐ Clase y número de cuenta: Corriente: ☐ Ahorros: ☒ FAX: ☐ Número: 61500012209 CEE: ☐ Banco: BANCOLOMBIA																									
ASPECTOS TRIBUTARIOS Marque con "X" Persona Natural: ☒ Gran Contribuyente: ☐ IVA Régimen Común: ☐ Actividad IICA- Código CIIU: ☐ He verificado de esta información frente al RUT: ☐	Persona Jurídica: ☐ Autoretenedor: ☐ Entidad sin ánimo de lucro: ☐ Tarifa: 0020 Si: ☒ NO: ☐																								
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO																									
Valor Inicial del contrato: \$ 27.720.000,00 Adición No. ☐ \$ 0.00 Adición No. ☐ \$ 0.00 Adición No. ☐ \$ 0.00 Valor Total del contrato: \$ 27.720.000,00																									
Valor pagado: Anticipo: \$ 0,00 <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <th>Primer Pago</th> <th>Segundo Pago</th> <th>Tercer pago</th> </tr> <tr> <td>\$ 4.620.000,00</td> <td>\$ 4.620.000,00</td> <td>\$ 4.620.000,00</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <th>Septimo Pago</th> <th>Octavo Pago</th> <th>Noveno Pago</th> </tr> <tr> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> </table>	Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <th>Cuarto pago</th> <th>Quinto Pago</th> <th>Sexto Pago</th> </tr> <tr> <td>\$ 4.620.000,00</td> <td>\$ 4.620.000,00</td> <td>\$ 4.620.000,00</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <th>Decimo Pago</th> <th>Onceavo Pago</th> <th>Doceavo Pago</th> </tr> <tr> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> </table>	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago																							
\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00																							
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago																							
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00																							
Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago																							
\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00	\$ 4.620.000,00																							
Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago																							
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00																							
Total Pagado: \$ 23.100.000,00 Valor a pagar en el periodo: \$ 4.620.000,00 Saldo: \$ 0,00																									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente: SI: ☒ NO: ☐ El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: ☒ NO: ☐ Se remitió al Comité de contratación: SI: ☐ NO: ☐ Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: ☐ El contratista cumple con el objeto y alcance del contrato en el desarrollo de sus actividades y obligaciones según los lineamientos sugeridos por la alcaldía Municipal de Venecia: ☒																								
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural: <table border="1" style="width:100%;"> <tr> <th>Aportes a Salud</th> <th>Aportes a Pensión</th> </tr> <tr> <td> Valor pagado \$ 231.000 Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025 </td> <td> Valor pagado \$ Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025 </td> </tr> </table> Aportes ARP Valor pagado \$ 19.300 Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Pensionado: SI: ☐ NO: ☒ Certificación: SI: ☐ NO: ☒	Aportes a Salud	Aportes a Pensión	Valor pagado \$ 231.000 Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025	Valor pagado \$ Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025																				
Aportes a Salud	Aportes a Pensión																								
Valor pagado \$ 231.000 Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025	Valor pagado \$ Periodo del 3 de julio al 4 de agosto 2025 Comprobante de pago Número: 5167377516 Fecha de pago: 29 de julio de 2025																								
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☒																								
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: NATALIA ANDREA USUGA ZAPATA C.C.: 43.711.183 CARGO: SECRETARIA DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD	Anexos: Copia de aporte a pensión SI: ☒ NO: ☐ Copia de aporte a salud SI: ☒ NO: ☐ Copia aporte ARP SI: ☒ NO: ☐																								

11/08
7.20

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93386699
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HELMAN ELIAS GARCIA RODRIGUEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	BARRIO SAN FELIPE	TÉLEFONO: 3155150
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7981915253	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1682726679

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	\$ 30.800
SUBTOTAL:			1	\$ 30.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 2.600
SUBTOTAL:			1	\$ 2.600

VALOR SIN MORA:	\$ 33.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 33.400



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93386699
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HELMAN ELIAS GARCIA RODRIGUEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	BARRIO SAN FELIPE	TELÉFONO: 3155150
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	5167377516	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0103033897

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	\$ 231.000
SUBTOTAL:			1	\$ 231.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 19.300
SUBTOTAL:			1	\$ 19.300

VALOR SIN MORA:	\$ 250.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 250.300