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:	5	Total de pagos:	6	Fecha:	03 de septiembre 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:	5	Meses	----- Días
FACTURA		N° RP:	418	Fecha :	1 de abril de 2025	Periodo a pagar:		Agosto	
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	01	En tiempo:	30

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:	-
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	$ 18.855.700,00	**$ 16.402.430,00**	$ 11.106.800,00	$ 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:	$ 65.590.690,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 11.106.800,00**
Saldo:	$ 3.885.541,00

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 $	1.417.700	Periodo: Agosto	Valor pagado $	5.839.600	Periodo: Agosto
Comprobante de pago Número:		89309649	Comprobante de pago Número:		89309649
Fecha de pago:		27 de agosto de 2025	Fecha de pago:		27 de agosto de 2025

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	346.200	Periodo: Agosto	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

h. ecobus Eca 10 Tasa Justic. 12/09 5-55

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:**	julio 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2025
Número de Radicación:	89309649	**Total a pagar:**	$9,021,000
Fecha de vencimiento:	26/08/2025	**Total de empleados:**	10
Fecha de Pago:	27/08/2025	**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:**	1730611959
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	10		$0	$346,200
23020 1	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		$0	$1,223,000
23030 1	800224808	Porvenir	5		$0	$3,068,400
23090 1	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	1		$0	$1,191,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$357,200
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	4		$0	$336,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	6		$0	$1,081,500
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	2		$0	$680,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	2		$0	$168,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$100,100
EPS010	[redacted]702	EPS Sura	1		$0	$132,900
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	3		$0	$248,300
EPS040	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1		$0	$87,700
						$9,021,000

***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