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

VERSIÓN: 001 | Pagina: 1 de 1

| Dependencia: | SECRETARÍA DE HACIENDA | Número de pago: | 3 | Total de pagos: | 4 | Fecha: | 16 de septiembre de 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

| | | DATOS ESPECÍFICOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPS | | Número: | 140-10-06-162-2025 | | Fecha de iniciación: | | 16 Junio del 2025 |
| CONTRATO | X | Fecha de suscripción: | 16 Junio Del 2025 | | Fecha de terminación: | | 30 Septiembre del 2025 |
| RESOLUCIÓN | | N° CDP: | 271 | Fecha | 13 de marzo de 2025 | Duración: | 3 Meses 15 Días |
| FACTURA | | N° RP: | 778 | Fecha : | 16 de junio de 2025 | Periodo a pagar: | 01 al 31 de agosto de 2025 |
| CONVENIO | | Requiere Informe: | SI: X | NO: | | Suspensión No.: | En tiempo: |
| | | Entregó Informe: | SI: X | NO: | | Prorroga: No.: | En tiempo: |

**Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ELABORACIÓN DE LA CONTABILIDAD DEL MUNICIPIO DE VENECIA

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | P.S. ASESORIAS INTEGRALES S.A | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | | Nit. | X | Número: | 811.044.554 | DV. | 1 |
| Dirección: | | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | - | | | FAX: | | | CEL. | - | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | X | Número | 64120200958 | Banco: | BANCOLOMBIA | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS** — Marque con "X"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Persona Natural: | - | Persona Jurídica: | X | |
| Gran Contribuyente: | - | Autoretenedor: | - | |
| IVA Régimen Común: | - | Entidad sin ánimo de lucro | - | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | | 6920 | Tarifa: | - |
| He verificado de esta información frente al RUT : | | | SI: X | NO: |

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

| | | |
|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | | $ 24.532.881,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Valor Total del contrato: | | $ 24.532.881,00 |

**Valor pagado:**

| Anticipo | $ 0,00 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primer Pago | Segundo Pago | Tercer pago | Cuarto pago | Quinto Pago | Sexto Pago |
| $6.133.220,25 | $6.133.220,00 | $ 6.133.220,25 | $ 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: | $ 12.266.440,25 |
| Valor a pagar en el periodo: | **$ 6.133.220,25** |
| Saldo: | $ 6.133.220,50 |

**AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El contratista presentó el informe correspondiente: | SI: x | NO: | # de folios: | 7 |
| 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: | | | | |
| El contratista cumplio parcialmente con los objetivos | | | | |

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural:**

| Aportes a Salud | | | Aportes a Pensión | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado $ 203.100 | Periodo | 01 al 31 de agosto de 2025 | Valor pagado $ 812.000 | Periodo | 01 al 31 de agosto de 2025 |
| Comprobante de pago Número: | | 7982350918 | Comprobante de pago Número: | | 7982350918 |
| Fecha de pago: | | 22 de agosto de 2025 | Fecha de pago: | | 22 de agosto de 2025 |

| Aportes ARP | | | Pensionado: | SI: | NO: X |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado $ 45.700 | Periodo | 01 al 31 de agosto de 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.

**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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: PAULA ANDREA MESA RIVERA

C.C.: 43.844.827

CARGO: SECRETARIA DE HACIENDA

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811044554 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PS ASESORIAS INTEGRALES SA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CR 84 43 36 OF 106 | TELÉFONO: | 5575740 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de contabilidad, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7982350918** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/08/22 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1719464825 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 229.000 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 583.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 812.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 145.800 |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 57.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 203.100** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909008419 | CCF04 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 2 | $ 203.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 203.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2 | $ 45.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 2 | **$ 45.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.257.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 6.700** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.263.900** |

Planilla Pagada