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:	2	Total de pagos:	4	Fecha:	12 de septiembre de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

OPS	
CONTRATO	X
RESOLUCIÓN	
FACTURA	
CONVENIO	

DATOS ESPECÍFICOS

Número:	140-10-06-162-2025			Fecha de iniciación:		16 Junio del 2025	
Fecha de suscripción:	16 Junio Del 2025			Fecha de terminación:		30 Septiembre del 2025	
N° CDP:	271	Fecha	13 de marzo de 2025	Duración:	3	Meses	15 Días
N° RP:	778	Fecha :	16 de junio de 2025	Periodo a pagar:		01 al 31 julio del 2025	
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	$ 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:	$ 6.133.220,25
Valor a pagar en el periodo:	$ 6.133.220,00
Saldo:	$ 12.266.440,75

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

Valor pagado $ 205.600 Periodo 01 al 31 julio del 2025
Comprobante de pago Número: 7977719776
Fecha de pago: 8 de agosto de 2025

Aportes a Pensión

Valor pagado $ 822.000 Periodo 01 al 31 julio del 2025
Comprobante de pago Número: 7977719776
Fecha de pago: 8 de agosto de 2025

Aportes ARP

Valor pagado $ 46.200 Periodo 01 al 31 julio del 2025

Pensionado: SI: NO: X
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

SI. 5446

1306330

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:	**7977719776**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		28			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1688105044

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 231.800
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 590.200
		SUBTOTAL:	2	**$ 822.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 147.600
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 58.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 205.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	2	$ 205.600
		SUBTOTAL:	2	**$ 205.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 46.200
		SUBTOTAL:	2	**$ 46.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.257.200**
VALOR MORA:	**$ 22.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.279.400**

Planilla Pagada