ACTA PARCIAL No. 03

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN	407	10 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA EL FORTALECIMEINTO Y DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LA GESTION ADMINISTRATIVA, ORGANIZATIVA Y COMUNITARIA DE LAS ORGANIZACIONES COMUNALES DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA	

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	GERLY FAIR LOAIZA TURMEQUE
NIT	33625304-7
R/LEGAL	N/A
C.C. No.	33625304 DE TAURAMENA
VALOR DEL CONTRATO	$ 9.000.000
VALOR DEL ANTICIPO (XX%)	N/A
ADICIONAL EN VALOR N°(XX)	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 9.000.000
PLAZO INICIAL	TRES (03) MESES
FECHA ACTA DE INICIACIÓN	12 DE SEPTIEMBRE DE 2025
PRORROGA N°(XX)	N/A
MODIFICATORIO N°(XX)	(DD/MM/AA) N/A PLAZO N/A
SUSPENSIÓN N°(XX)	(DD/MM/AA) N/A PLAZO N/A
REINICIO N° (XX)	(DD/MM/AA)
PLAZO FINAL	TRES (03) MESES
% AVANCE FINANCIERO	87,78%
% AVANCE FISICO	87,78%
No. VISITAS DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	N/A
No. DE EMPLEOS DIRECTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	1
No. DE EMPLEOS INDIRECTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	N/A
No.INFORMES DELCONTRATISTA	3
No.INFORMES DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN:	11 DE DICIEMBRE DE 2025
INTERVENTORIA	N/A NUMERO DE CONTRATO N/A
SUPERVISIÓN	MARIA SONIA TORRES MORA - SECRETARIA DE GOBIERNO RESOLUCION:
APOYO A LA SUPERVISIÓN	N/A
FECHA PRESENTE ACTA	1 DE DICIEMBRE DE 2025
PERIODO DE PAGO	DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

En Tauramena, nos reunimos GERLY FAIR LOAIZA TURMEQUE, en calidad de contratista, MARIA SONIA TORRES MORA en caliad de Secretaria de Gobierno como supervisor, con el fin de suscribir la presente acta, atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. Que la actividades ejecutadas se reciben de acuerdo a los informes presentados y/o a lo relacionado en el cuadro anexo.

2. Que la presente acta se publica en la plataforma SECOP II.

3. Que la supervisión realizó la verificación del pago de seguridad social, salud, pension y riesgos laborales del contratista correspondiente al mes de noviembre de 2025, los cuales están correctamente liquidados y pagados de acuerdo a la normatividad vigente, según la siguiente información:

INGRESO PERIODO	INGRESO BASE COTIZACIÓN 40%	APORTES SALUD 12,5%		APORTES PENSIÓN 16%		RIESGOS LABORALES		PLANILLA No.	PERIODO	FECHA DE PAGO
		VALOR	EPS	VALOR	FONDO	VALOR	ARP			
3.000.000	1.423.500	178.000	NUEVA EPS	227.800	PORVENIR	7.500	POSITIVA	91920410	noviembre	01/12/25
	Interés:							TOTAL Interés		413.300

4. **BALANCE FINANCIERO**

DESCRIPCION	VALOR CONTRATADO	ANTICIPO / ANTICIPADO		VALOR EJECUTADO O POR EJECUTAR	VALORES PAGADOS O APROBADOS PARA PAGO
Valor contratado	9.000.000				
Valor Anticipo o Pago Anticipado (XXX %)					
Valor Adicional No. XXX					
Valor Acta No.001				1.900.000	1.900.000
Valor Acta No.002				3.000.000	3.000.000
Valor presente Acta				3.000.000	3.000.000
Saldo por ejecutar				1.100.000	
Sumas iguales (Vr contratado y Ejecutado)	9.000.000			9.000.000	7.900.000

Registro Presupuestal	Rubro	Recurso	Valor a pagar presente Acta
900	2.3.45.4502.1000.2024854100 051	1.3.3.1.00.01	**$3.000.000**

VALOR A PAGAR:	**$3.000.000**	
	TRES MILLONES DE PESOS M/CTE	

5. ANEXOS

1. Informe No. 03 - de actividades presentado por el contratista, comprende desde el 01 al 30 de noviembre de 2025.
2. Planilla de pago de salud, pensión y ARL correspondiente al mes de noviembre de 2025

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Por el Municipio

MARIA ANTONIA TORRES MORA
SECRETARIA DE GOBIERNO

Por el Contratista,

GERLY FAIR LOAIZA TURMEQUE
Contratista

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33625304	GERLY FAIR LOAIZA TURMEQUE	CALLE 12 # 2 - 04	6247595	gerly_loaiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	TAURAMENA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91920410	TOTAL A PAGAR	
					$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33625304	GERLY FAIR LOAIZA TURMEQUE	CALLE 12 # 2 - 04	6247595	gerly_loaiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	TAURAMENA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91920410	TOTAL A PAGAR	
					$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	33625304	LOAIZA TURMEQUE GERLY FAIR	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información