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

VERSIÓN: 001						Pagina: 1 de 1
Dependencia:	**SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL**	**Número de pago:**	**3**	**Total de pagos:**	**3**	**Fecha:**	**31 de diciembre de 2025**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	150-11-01-014-2025			Fecha de iniciación:		13 Agosto del 2025	
CONTRATO		Fecha de suscripción:	8 Agosto Del 2025			Fecha de terminación:		13 Noviembre del 2025	
RESOLUCIÓN		N° CDP:	390-920	Fecha	8/05/2025-11/11/2025	Duración:	4	Meses ----	Días
FACTURA		N° RP:	1022-1525	Fecha :	2/08/2025-13/11/2025	Periodo a pagar:		del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2025	
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	1	En tiempo:	1

Objeto: ASOCIARSE CON LA COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRANSVEN PARA GARANTIZAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE TERRESTRE A LOS CABILDANTES DEL MUNICIPIO DE VENECIA, CON EL FIN DE FACILITAR SU PARTICIPACIÓN EFECTIVA EN LOS ESPACIOS DE CONSULTA, CONCERTACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN EL MARCO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, FORTALECIMIENTO COMUNITARIO Y DEMOCRACIA PARTIPATIVA.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRANSVEN									
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	811.010.423	DV.		
Dirección:										
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	000383101631	Banco:	DAVIVIENDA		

ASPECTOS TRIBUTARIOS — Marque con "X"

Persona Natural:	-	Persona Jurídica:	-
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-
Actividad IICA- Código CIIU:		4921 Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor inicial del contrato:		$ 17.987.268,00
Adición No.	1	$ 5.000.000,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 22.987.268,00

Valor pagado:

Anticipo		$ 0,00			
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$11.934.390,00	$4.882.878,00	$ 6.170.000,00	$ 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:	$ 16.817.268,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 6.170.000,00**
Saldo:	$ 0,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	30
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 $	213.600 Periodo	del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2025	Valor pagado $	273.400 Periodo	1 de noviembre al 31 de diciembre de
Comprobante de pago Número:		7993422287	Comprobante de pago Número:		7993422287
Fecha de pago:	2 de diciembre de 2025		Fecha de pago:	2 de diciembre de 2025	

Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	74.400 Periodo	1 de noviembre al 31 de diciembre de	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: JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ

C.C.: 70.663.19[illegible]

CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811010423
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRANSVEN	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 51 CALLE 49 - 35	TELÉFONO:	8491293
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7993422287**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1974602849

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 273.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 273.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 213.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 213.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 68.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 68.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 74.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 74.400**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 34.200
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 51.300
		SUBTOTAL:		**$ 85.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 715.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 715.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811010433
I SOCIAL:			COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRANSVEN
):	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	CRA 51 CALLE 49 - 35	TELÉFONO:	8491293
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Transporte de pasajeros,
NTACIÓN:	SUCURSAL		
IERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	79934222 87			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1974602849

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
23100?-COLFONDOS	1	$ 273.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.400	$ 0	$ 273.400
									$ 273.400	**$ 0**	**$ 273.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 213.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.600	$ 0	$ 0	$ 213.600
												$ 213.600	**$ 0**	**$ 0**	**$ 213.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.400	$ 74.400	$ 0	$ 0	$ 74.400
								$ 74.400	**$ 0**	**$ 0**	**$ 74.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	1	$ 68.400	$ 0	$ 68.400
		$ 68.400	**$ 0**	**$ 68.400**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 51.300	$ 0	$ 51.300
PASENA - SENA	1	$ 34.200	$ 0	$ 34.200
		$ 85.500	**$ 0**	**$ 85.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																										PENSIÓN										SALUD						ARP																							
IRREG	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	CO. CMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	FAC	DOR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINFOU TOTAL APORTE
BA ANDEZ ELA	PENSIO		$ 1.708.310	FIJO			NO																			231001-COLFONDOS	30	$ 1.708.310	$ 273.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 273.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.708.310	$ 213.600	$ 0	$ 213.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.708.310		$ 74.400	30	$ 1.708.310	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 68.400	$ 34.200	$ 51.300	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 715.300