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:	3	Total de pagos:	3	Fecha:	22 de diciembre de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS					
OPS		Número:	120-11-01-017-2025		Fecha de iniciación:		15 Octubre del 2025
CONTRATO	X	Fecha de suscripción:	6 Octubre Del 2025		Fecha de terminación:		22 Diciembre del 2025
RESOLUCIÓN		N° CDP:	480	Fecha	9 de junio de 2025	Duración:	---- Meses 26 Días
FACTURA		N° RP:	1295	Fecha :	6 de octubre de 2025	Período a pagar:	del 06 al 22 de diciembre de 2025
CONVENIO		Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:

Objeto: ASOCIACION CON LA COOPERATIVADE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRASVEN, PARA GARANTIZAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE TERRESTE REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES Y/O OBLIGACIONES DE LA COMISARIA DE FAMILIA Y LA INSPECCION DE POLICIA Y TRANSITO DEL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE VENECIA COOTRASVEN								
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:		$ 16.000.000,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 16.000.000,00

Valor pagado:

Anticipo	Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$ 0,00	$6.653.000,00	$5.720.000,00	$ 3.627.000,00	**$ 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:	$ 12.373.000,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 3.627.000,00**
Saldo:	$ 0,00

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 $	213.600 Periodo	del 06 al 22 de diciembre de 2025	Valor pagado $	273.400 Periodo	del 06 al 22 de diciembre de 2025
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	del 06 al 22 de diciembre 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: WILSON JAVIER CORREA TORO

C.C.: 3.570.592

CARGO: SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO

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

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:	SUCURSAL		
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 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		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 273.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.400	$ 0	$ 273.400
SUBTOTALES:										$ 273.400	$ 0	$ 273.400

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.400	$ 74.400	$ 0	$ 0	$ 74.400
SUBTOTALES:									$ 74.400	$ 0	$ 0	$ 74.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

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

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD								ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 43414862	CORREA FERNANDEZ ROSA GABRIELA	DEPEND		$ 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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 68.400	$ 34.200	$ 51.300	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 715.300