	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN		
	CÓDIGO F-AM-040	VERSIÓN 00	FECHA 01/07/2021

GRADO DE RESPONSABILIDAD

Mediante la suscripción de la presente acta, el interventor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

INFORME No.	FECHA INFORME (DD/MM/AA)	CONTRATO NÚMERO	CDP	CRP
06	30-09-2025	113-2025	00227	00287

CONTRATISTA	IDENTIFICACIÓN
ADRIANA MARIA OTALVARO MURIEL	43.806.393
SUPERVISOR	**IDENTIFICACIÓN**
BIVIANA I. HOYOS MONDRAGON	21739799

OBJETO DEL CONTRATO

"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE HOGAR DE PASO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE ASÍ LO REQUIERAN, DENTRO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE FREDONIA"

Fecha de inicio contrato	22 de abril de 2025			
Período del informe	**Desde**	01 de septiembre	**Hasta**	30 de septiembre del 2025
Valor del contrato	**VEINTICUATRO MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/L $24.999.993**			
Plazo de ejecución del contrato	• OCHO (8) MESES Y OCHO (08) DÍAS			
Número del contrato	113-2025			
Aceptación de las actividades realizadas	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato acreditando el pago de la seguridad social y evidenciando el apoyo, comprometida y puntual en el ejercicio de sus funciones. Por lo anterior, se acepta el informe presentado.			
Modificaciones o adiciones efectuadas al contrato	**TIPO DE MODIFICACIÓN**			
	Prórroga	**Adición**	**Modificatorio**	**Aclaratorio**
	Ninguna			
Dificultades técnicas	A la fecha no se han presentado			
Base de cotización a la Seguridad Social	UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS M/L $1.423.500			

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN			
	CÓDIGO F-AM-040	VERSIÓN 00	FECHA 01/07/2021	

Número de planilla	**4617942417**	**Periodo reportado**		SEPTIEMBRE DEL 2025		
Pagos realizados en virtud del contrato	**Valor total contrato**	**$24.999.993**				
	PAGO N°06	**VALOR**	**$2.777.777**	**FECHA**	**30-09-2025**	
	Saldo por ejecutar	$8.333.331				
Conclusiones y recomendaciones por parte del supervisor	Se concluye que el contratista aportó toda su capacidad y realizó las actividades conforme a lo establecido para el periodo del 01 al 30 de septiembre de 2025.					
CONSIDERANDO:						

Se firma la presente acta en virtud de que las actividades efectuadas como parte de las obligaciones contempladas en el contrato fueron recibidas a entera satisfacción por parte del supervisor.

Se anexa para el correspondiente pago:

- Documento que acredita que el contratista se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y parafiscales, de él y de sus trabajadores, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. *(Si se trata de un contrato suscrito con persona natural, el ingreso base de cotización equivaldrá al 40% del valor mensual del contrato, sin que la cotización sea inferior a un IBC, del SMLMV).*
- Informe de actividades y/o cuenta de cobro presentado por el contratista.

Para constancia de lo anterior, firma el presente informe de supervisión a los treinta y un 30 días del mes de septiembre de 2025

BIVIANA I. HOYOS MONDRAGON
Comisaria de Familia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43806393
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA MARIA OTALVARO MURIEL
CIUDAD MUNICIPIO:	FREDONIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 50 N 55 28	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE ENGENERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	46179424417	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)	2025-09-09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9503961309

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SANITAS SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 43806393	OTALVARO MURIEL ADRIANA MARIA	1 DEPENDIENTE A TE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS040 - SANITAS SALUD EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	$ 43806393	$ 7.500	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.300

2025/09/09 13:41 AM USUARIO: SOI DAVELLA