	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
09	31-12-2025	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 diciembre	**Hasta**	31 de diciembre 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	**4629888388**	**Periodo reportado**			DICIEMBRE DEL 2025	
Pagos realizados en virtud del contrato	**Valor total contrato**	$24.999.993				
	PAGO N°09	**VALOR**	**$2.777.777**	**FECHA**	**31-12-2025**	
	Saldo por ejecutar	$0				
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 31 de diciembre 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 días del mes de diciembre de 2025

BIVIANA I. HOYOS MONDRAGON
Comisaria de Familia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43806393
NOMBRE Ó 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:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4629888388**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994998942		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9006043500	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.300**