230.04.15

San Jerónimo, 17 de noviembre de 2022.

EL SECRETARIO DE PLANEACIÓN MUNICIPAL
HACE CONSTAR:

Que la señora DORALBA OSORIO VARGAS, con CC 22.029.912 ejecuta a entera satisfacción al MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO (ANT.), CON NIT. 890.920.814-5, el contrato de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión Nº 188 del 12 de agosto de 2022, Cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL APOYO EN LA EJECUCIÓN, SUPERVISIÓN Y FORMULACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ENMARCADOS EN EL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS. En el periodo comprendiendo entre el 16 de octubre de 2022 hasta el 15 de noviembre de 2022. Por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ML ($2.500.000) correspondiente al pago N° 3.

Esta constancia se expide para el pago del contrato.

CARLOS MARIO LAVERDE MONTOYA

[redacted] MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Código: GJC-F-001 Versión: 003 Fecha: 31/05/2022

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE PLANEACION				
Número de pago:	3	Total de pagos:	4	Fecha:	16/11/2022

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	12/08/2022	OPS:	
Fecha de inicio:	16/08/2022	Contrato:	PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO
Fecha de terminación:	15/11/2022	Resolución:	
Duración:	3 meses	Factura:	3
Número:	188	Convenio:	
Periodo a pagar:	DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2022		
N° CDP:	430	Fecha del CDP:	30/07/2022
N° RP:	0656	Fecha del RP:	12/08/2022
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL APOYO EN LA EJECUCIÓN, SUPERVISIÓN Y FORMULACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ENMARCADOS EN EL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS		
Requiere Informe Actividades:	SI: __X____ NO: _____	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	SI: _____ NO: __X____	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion		Fecha de terminación:	
N° CDP:		Fecha del CDP:	
N° RP:		Fecha del RP:	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA	
Nombre:	DORALBA OSORIO VARGAS
Tipo de documento:	C.C
Identificación:	22 029 912
Dirección:	CARRERA 9 N 16B 42
Número de Teléfono:	311 616 10 55
Banco:	BANCOLOMBIA
Número de cuenta:	240-699358-65
Corriente/ Ahorros:	AHORROS

ASPECTOS TRIBUTARIOS				
Persona Natural:	SI: ___X___ NO: _____	Persona Natural:		
Gran Contribuyente:	SI: _____ NO: ___X__	Fecha de pago:	03/11/2022	
IVA Régimen Común:	SI: _____ NO: ___X__	Aportes a Salud:	$	125.000
Persona Jurídica:	SI: _____ NO: ___X__	Aportes a Pensión:	$	160.000
Autorretenedor:	SI: _____ NO: ___X__	Aportes ARL:	$	5.300
Entidad sin ánimo de lucro	SI: _____ NO: ___X__	Periodo:	OCTUBRE	
Actividad IICA- Código CIIU:	8299	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: _____ NO: ___X___	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor inicial del contrato:	$ 7.500.000	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 5.000.000	$ 2.500.000	$ 2.500.000
Valor solicitado:	2.500.000	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	0	$ 0	$ 0
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor inicial de la adicion:	0	$ 0	$ 0
Valor pagado de adicion:	0	Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:	0	$ 0	$ 0
Saldo:	0	Noveno Pago	Decimo Pago
EJECUCION		$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	100%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	#¡DIV/0!	$ 0	$ 0

PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

PÓLIZAS (Adicion)					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

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. (opcional)

Anexos:			
Copia de Seguridad Social	SI: ____ NO: _____ N/A ____	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: ____ NO: _____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: ____ NO: _____ N/A ____	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: ____ NO: _____ N/A ____
# De Folios			

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista DORALBA OSORIO VARGAS, se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades establecidas según las actividades del otrosí en el contrato. (según considere pertinente)

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: CARLOS MARIO LAVERDE MONTOYA
C.C.: 1022097600
CARGO: SECRETARIO DE PLANEACION