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

| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE PLANEACION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de pago: | 4 | Total de pagos: | 5 | Fecha: | 7/6/2023 |

**ACTO ADMINISTRATIVO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de suscripción: | 06/02/2023 | OPS: | |
| Fecha de inicio: | 08/02/2023 | Contrato: | PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO |
| Fecha de terminación: | 07/05/2023 | Resolución: | |
| Duración: | 3 meses | Factura: | 4 |
| Número: | 88 | Convenio: | |
| Periodo a pagar: | DEL 08 DE MAYO AL 07 DE JUNIO DE 2023 | | |
| N° CDP: | 128 | Fecha del CDP: | 20/01/2023 |
| N° RP: | 0088 | Fecha del RP: | 06/02/2023 |
| 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: X NO: | Tiempo ampliación del plazo: | 45 DIAS |
| Numero de Adicion | OTROSI 1 | Fecha de terminación: | 22/6/2023 |
| N° CDP: | 128 | Fecha del CDP: | 20/01/2023 |
| N° RP: | 441 | Fecha del RP: | 5/05/2023 |

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

| | |
|---|---|
| Nombre: | DORALBA OSORIO VARGAS |
| Tipo de documento: | C.C |
| Identificación: | 27 029 912 |
| Dirección: | CARRERA 9 N 168 42 |
| Número de Teléfono: | 311 616 10 55 |
| Banco: | BANCOLOMBIA |
| Número de cuenta: | 240-899358-65 |
| Corriente/ Ahorros: | AHORROS |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Persona Natural: | SI: X NO: | Persona Natural: | | |
| Gran Contribuyente: | SI: NO: X | Fecha de pago: | 06/06/2023 | |
| IVA Régimen Común: | SI: NO: X | Aportes a Salud: | $ | 145.200 |
| Persona Jurídica: | SI: NO: X | Aportes a Pensión: | $ | 185.900 |
| Autorretenedor: | SI: NO: X | Aportes ARL: | $ | 28.400 |
| Entidad sin ánimo de lucro | SI: NO: X | Periodo: | MAYO | |
| | | Persona Jurídica: | | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | 8299 | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: | SI: NO: X | |

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | $ 7.875.000 | Primer Pago | Segundo Pago |
| Valor pagado: | $ 5.250.000 | $ 2.625.000 | $ 2.625.000 |
| Valor solicitado: | $2.625.000 | Tercer Pago | Cuarto Pago |
| Saldo: | 0 | $ 2.625.000 | $ 2.625.000 |
| **ADICION** | | Quinto Pago | Sexto Pago |
| Valor Inicial de la adicion: | 3.937.500 | $ 0 | $ 0 |
| Valor pagado de adicion: | 0 | Séptimo Pago | Octavo Pago |
| Valor solicitado de adicion: | 2.625.000 | $ 0 | $ 0 |
| Saldo: | 1.312.500 | Noveno Pago | Decimo Pago |
| **EJECUCION** | | $ 0 | $ 0 |
| Porcentaje de Ejecucion Presupuestal | 100% | Onceavo Pago | Doceavo Pago |
| Porcentaje de Ejecucion de Adicion | 67% | $ 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 contrato. (sin contar el otrosí) y cumplimiento del 67% de ejecucion del otrosí.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: HERNÁN DARIO ESPINAL JIMÉNEZ
C. C. 71703574
CARGO: SECRETARIO DE DESARROLLO ECONÓMICO

Powered by CamScanner