| 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 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de pago: | 6 | Total de pagos: | 6 | Fecha: | 1/08/2024 |

| ACTO ADMINISTRATIVO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fecha de suscripción: | 2/02/2024 | OPS: | | |
| Fecha de inicio: | 5/02/2024 | Contrato: | | X |
| Fecha de terminación: | 4/08/2024 | Resolución: | | |
| Duración: | 6 meses | Factura: | | |
| Número: | 023 | Convenio: | | |
| Periodo a pagar: | DESDE EL 5 DE JULIO HASTA EL 4 DE AGOSTO DE 2024 | | | |
| N° CDP: | 79 | Fecha del CDP: | 23 de enero de 2024 | |
| N° RP: | 0040 | Fecha del RP: | 2 de febrero de 2024 | |
| Objeto Contractual: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTOEN LOS PROCESOS DE COBRO COACTIVO DE SANCIONES IMPUESTAS POR LAS INSPECCIONES MUNICIPALES Y PROCESOS DE FISCALIZACIÓN TRIBUTARIA. | | | |
| Requiere Informe Actividades: | SI: __X__ NO: _____ | Suspensión No: | | |

| ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Adición: | SI: __X__ NO: _____ | Tiempo ampliación del plazo: | | 3meses |
| Numero de Adicion | 1 | Fecha de terminación: | | 4 de noviembre |
| N° CDP: | 391 | Fecha del CDP: | | 23/07/2024 |
| N° RP: | 0904 | Fecha del RP: | | 2/08/2024 |

| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| Nombre: | LUIS GUILLERMO QUINTERO QUINTERO |
| Tipo de documento: | C.C |
| Identificación: | 70114713 |
| Dirección: | CR 30 N° 2-70 |
| Número de Teléfono: | 3137976822 |
| Banco: | BANCOLOMBIA |
| Número de cuenta: | 267770602 |
| Corriente/ Ahorros: | AHORROS |

| ASPECTOS TRIBUTARIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Persona Natural: | SI: __X__ NO: _____ | Persona Natural: | | | |
| Gran Contribuyente: | SI: _____ NO: _____ | Fecha de pago: | | 6/08/2024 | |
| IVA Régimen Común: | SI: _____ NO: _____ | Aportes a Salud: | $ | 400.300 | |
| Persona Jurídica: | SI: _____ NO: _____ | Aportes a Pensión: | $ | - | |
| Autorretenedor: | SI: _____ NO: _____ | Aportes ARL: | $ | 16.900 | |
| Entidad sin ánimo de lucro | SI: _____ NO: _____ | Periodo: | | JULIO | |
| | | Persona Jurídica: | | | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | 6910 | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: | | SI: _____ NO: _____ | |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | $ 48.000.000 | Primer Pago | | Segundo Pago |
| Valor pagado: | $ 40.000.000 | $ 8.000.000 | | $ 8.000.000 |
| Valor solicitado: | 8.000.000 | Tercer pago | | Cuarto pago |
| Saldo: | 0 | $ 8.000.000 | | $ 8.000.000 |
| ADICION | | Quinto Pago | | Sexto Pago |
| Valor Inicial de la adicion: | 24.000.000 | $ 8.000.000 | | |
| Valor pagado de adicion: | | Séptimo Pago | | Octavo Pago |
| Valor solicitado de adicion: | | | | |
| Saldo: | | Noveno Pago | | Decimo Pago |
| EJECUCION | | | | |
| Porcentaje de Ejecucion Presupuestal | 100% | Onceavo Pago | | Doceavo Pago |
| Porcentaje de Ejecucion de Adicion | | $ 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: __X__ NO: _____ N/A ____ | **El contratista presentó el Informe correspondiente:** | SI: __X__ NO: _____ N/A ____ |
| **Copia de Parafiscales** | SI: ____ NO: _____ N/A __X__ | **El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:** | SI: __X__ NO: _____ N/A ____ |
| **# De Folios** | 7 | | |

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista LUIS GUILLERMO QUINTERO Q, se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades establecidas en el contrato.

**FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:**
**NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** LUZ MEGUI ALFONSO MUNERA
**C.C.:** 43.703.093
**CARGO:** SECRETARIA DE HACIENDA