



FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

Codigó:FO-CP-49

Versión: 002 - 2021

Página: 1 de 1

Dependencia: SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL Número de pago: 4 Total de pagos: 4 Fecha: 29 de mayo de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Table with columns for 'Marque con X' and 'DATOS ESPECÍFICOS'. Includes fields for OPS, CONTRATO, RESOLUCIÓN, FACTURA, CONVENIO, Número, suscripción, Fecha de iniciación, Fecha de terminación, N° CDP, Fecha, Duración, Meses, Días, N° CRP, Fecha, Período a pagar, Requiere Informe, Entregó Informe, SI, NO, Suspensión No., Prorroga No., En tiempo.

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN PARA CORDINAR EL PROGRAMA RENTA CIUDADANA EN EL MUNICIPIO DE ANZÁ.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre: YURY BIBIANA GARCIA MARIN Tipo de documento: Cédula X Nit. Número: 1.023.749.359 DV. Dirección: Calle 12 N° 05-02 Barrio Divino niño Número de Teléfono: 3205150077 FAX: CEL. Información Bancaria: Corriente: Ahorros X Número: 41317003474-3 Banco: Banco Agrario de Colombia

Table for 'ASPECTOS TRIBUTARIOS' with columns for 'Marque con X' and 'Persona Natural/Persona Jurídica'. Includes fields for Gran Contribuyente, IVA Régimen Común, Actividad IICA- Código CIU, He verificado de esta información frente al RUT, Entidad sin ánimo de lucro, Tarifa, SI, NO.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato: \$ 8.800.000,00 Adición No. \$ 0,00 Adición No. \$ 0,00 Adición No. \$ 0,00 Valor Total del contrato: \$ 8.800.000,00

Table for 'Valor pagado' with columns for Anticipo, Primer Pago, Segundo Pago, Tercer pago, Cuarto pago, Quinto Pago, Sexto Pago, Septimo Pago, Octavo Pago, Noveno Pago, Decimo Pago, Onceavo Pago, Doceavo Pago. Values range from \$ 0,00 to \$ 2.200.000,00.

Summary table for 'Total Pagado: \$ 6.600.000', 'Valor a pagar en el periodo: \$ 2.200.000', 'Saldo: \$ 0'.

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD: El contratista presentó el informe correspondiente: SI: x NO: # de folios: 0 El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: x NO: Se remitió al Comité de contratación: SI: NO: Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: SI: NO: Fecha: X

Table for 'APORTES SEGURIDAD SOCIAL' with columns for 'Persona Natural' and 'Persona Jurídica'. Includes sub-tables for 'Aportes a Salud' and 'Aportes a Pensión' with fields for Valor pagado, Comprobante de pago Número, Fecha de pago, Aportes ARP, Pensionado, Certificación.

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.

Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR: ADRIANA ALEJANDRA CARO BARRIENTOS C.C.: 1.023.748.512 CARGO: SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL Copia de aporte a salud SI: X NO: Copia aporte ARP SI: X NO: