MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO	Código: GJC-F-001 Versión: 003 Fecha: 6/03/2025

DEPENDENCIA	**SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO**				
Número de pago:	**2**	**Total de pagos:**	**5**	**Fecha:**	**15/09/2025**
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	**14/07/2025**		**OPS:**		
Fecha de inicio:	**15/07/2025**		**Contrato:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN**	
Fecha de terminación:	**30/11/2025**		**Resolución:**		
Duración:	**4 MESES Y 15 DIAS**		**Factura:**	**1**	
Número:	**163**		**Convenio:**		
Periodo a pagar:	**DEL 15 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2025**				
N° CDP:	**365**		**Fecha del CDP:**	**13/06/2025**	
N° RP:	**0846**		**Fecha del RP:**	**14/07/2025**	
Objeto Contractual:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR LA EJECUCIÓN, SUPERVISIÓN Y FORMULACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ENMARCADOS EN EL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS.**				
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:**	09/09/2025	
IVA Régimen Común:	**SI: _____ NO: ___X__**		**Aportes a Salud:**	$	178.000
Persona Jurídica:	**SI: _____ NO: ___X__**		**Aportes a Pensión:**	$	227.800
Autorretenedor:	**SI: _____ NO: ___X__**		**Aportes ARL:**	$	34.700
Entidad sin ánimo de lucro	**SI: _____ NO: ___X__**		**Periodo:**	AGOSTO	
				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:	**$ 13.772.889**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**
Valor pagado:	**$ 3.060.642**	$ 3.060.642	$ 0
Valor solicitado:	**$ 3.060.642**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Saldo:	**$ 7.651.605**	$ 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	**44%**	**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: _X___ NO: _____ N/A ____	**El contratista presentó el informe correspondiente:**	SI: __X__ NO: _____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: ____ NO: _____ N/A ____	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: __X__ NO: _____ N/A ____
# De Folios	X		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista DORALBA OSORIO VARGAS, se evidencia el cumplimiento del 44% de las actividades establecidas

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: **LUIS JAVIER SILVA CASTRO**
C.C.: **1.036.337.066**
CARGO: **SECRETARIO DE DESARROLLO ECONÓMICO**