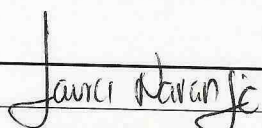


		Alcaldía Municipal de Tasco - Sistema Integrado de Gestión																							
Nombre del Proceso: Evaluación de Contratistas Procedimiento: Evaluación de Contratista Tipo de Documento: Formato Fecha de Actualización:		Código: 000 Versión: 0																							
INFORME PARCIAL		FECHA: 02/09/2025	NUMERO DE PAGO: 1 DE 3																						
DATOS GENERALES DEL CONTRATO																									
Marque con "X" CONTRATO X CONVENIO	DATOS ESPECÍFICOS Número: CPS-MT-051-2024 Fecha de iniciación: 3/6/2025 Fecha de terminación: 18/12/2025 Duración: 6 Meses N° CDP: 142 Fecha: 2/5/2025 N° RP: 435 Fecha: 3/6/2025 Requiere Informe: SI: X NO: Entregó Informe: SI: X NO: Periodo a pagar: 03 de junio de 2025-03 agosto 2025 Suspensión No.: Prorroga No.: Adición No.: N° CDP: N° RP: En tiempo: En tiempo: Valor: Fecha: Fecha:																								
Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD MENTAL PARCIAL Y ABSOLUTA Y EN CONDICIÓN INDÍGENA DEL MUNICIPIO DE TASCO																									
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																									
Nombre: FUNDACION NUEVO AMANECER																									
Identificación: Tipo de documento: Cédula Nit. X Número: 1.049.658.257 DV.																									
Dirección: Transversal 4 N° 6c 25-29																									
Número de Teléfono: 3114480803 FAX: CEL: 3114480803																									
Clase y número de cuenta: Corriente: Ahorros: X Número: 8260003746 Banco:																									
ASPECTOS TRIBUTARIOS Marque con "X" Persona Natural: X Gran Contribuyente: IVA Régimen Común: Actividad IICA- Código CIU: He verificado de esta información frente al RUT : Persona Jurídica: Autoretenedor: Entidad sin ánimo de lucro Tarifa: SI: X NO:																									
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO																									
Valor Inicial del contrato: 49.000.000 Adición No. 0 Valor Total del contrato: 49.000.000 Valor pagado: 0 Valor a pagar en el periodo: 16.333.333 Saldo: 32.666.667																									
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD El contratista presentó el informe correspondiente: SI: X NO: # de folios: El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: X NO: Se remitió al expediente documental del contrato: SI: X NO: Observaciones del Interventor a los trabajos ejecutados:																									
APORTES SEGURIDAD SOCIAL Persona Natural: <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Aportes a Salud</th> <th colspan="2">Aportes a Pensión</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>1.710.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO</td> <td>Valor pagado \$</td> <td>\$ 6.150.600 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO</td> </tr> <tr> <td>No. De Planilla</td> <td>9486830610-9488056383-9490066808</td> <td>Número de planilla</td> <td>9486830610-9488056383-9490066808</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td>2025/06/04-2025/07/16</td> <td>Fecha de pago:</td> <td>2025/06/04-2025/07/16</td> </tr> </table> Aportes ARP <table border="1"> <tr> <td>Valor pagado \$</td> <td>225.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO</td> </tr> <tr> <td>Número de planilla</td> <td>9486830610-9488056383-9490066808</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td>2025/06/04-2025/07/16</td> </tr> </table> Persona Jurídica: Pensionado: SI: NO: X Certificación: SI: NO: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: N/A				Aportes a Salud		Aportes a Pensión		Valor pagado \$	1.710.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO	Valor pagado \$	\$ 6.150.600 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO	No. De Planilla	9486830610-9488056383-9490066808	Número de planilla	9486830610-9488056383-9490066808	Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16	Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16	Valor pagado \$	225.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO	Número de planilla	9486830610-9488056383-9490066808	Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16
Aportes a Salud		Aportes a Pensión																							
Valor pagado \$	1.710.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO	Valor pagado \$	\$ 6.150.600 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO																						
No. De Planilla	9486830610-9488056383-9490066808	Número de planilla	9486830610-9488056383-9490066808																						
Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16	Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16																						
Valor pagado \$	225.000 Periodo JULIO-JULIO-AGOSTO																								
Número de planilla	9486830610-9488056383-9490066808																								
Fecha de pago:	2025/06/04-2025/07/16																								
SOLICITUD DE PAGO																									
FIRMA DEL SUPERVISOR  NOMBRE DEL SUPERVISOR: LAURA VICTORIA NARANJO CH C.C.: 1057.607.028 DE SOGAMOSO CARGO: SECRETARIA DE GOBIERNO		Anexos: Copia de aporte a pensión SI: x NO: Copia de aporte a salud SI: x NO: Copia aporte ARP SI: x NO:																							