Alcaldía de Anzá
Departamento de Antioquia

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

Codigó:FO-CP-49	Versión: 001 - 2024	Pagina: 1 de 1

Dependencia:	SECRETARÍA DE HACIENDA	Número de pago:	6	Total de pagos:	8	Fecha:	31 DE OCTRUBRE AÑO 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	CPS-091			Fecha de iniciación:	02 de Mayo de 2025		
CONTRATO	X	suscripción:	02 de Mayo de 2025			Fecha de terminación:	31 de diciembre de 2025		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	223	Fecha	30 de abril de 2025	Duración:	8	Meses	Días
FACTURA		N° CRP:	318	Fecha :	2 de mayo de 2025	Periodo a pagar:	OCTUBRE DEL AÑO 2025		
Contrato Interadministrativo		Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ASESORÍA CONTABLE, SOSTENIBILIDAD Y MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DEL PROCESO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE Y FINANCIERA DEL MUNICIPIO DE ANZÁ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	AUDICONTABLE ASESORIAS INTEGRALES										
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	901.652.420	DV.	6		
Dirección:	CR 73 52 65 AP 1702										
Número de Teléfono:	6043879502	FAX:					CEL.	-			
Información Bancaria:	Corriente:		Ahorros	X	Número	108900601429	Banco:	DAVIVIENDA			

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"				
	Persona Natural:	-	Persona Jurídica:	X	
	Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-	
	IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-	
	Actividad IICA- Código CIIU:		6920	Tarifa:	7020
	He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	$ 38.400.000
Adición No. _____	$ 0
Adición No. _____	$ 0
Adición No. _____	$ 0
Valor Total del contrato:	$ 38.400.000

Valor pagado:

Anticipo	$ 0,00				
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$4.800.000	**$4.800.000,00**	**$ 4.800.000,00**	**$ 4.800.000,00**	**$ 4.800.000,00**	**$ 4.800.000,00**

Séptimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**

Total Pagado:	$ 24.000.000
Valor a pagar en el periodo:	**$ 4.800.000**
Saldo:	$ 9.600.000

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	16
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	

Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:
EL CONTRATISTA CUMPLE A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL PERIODO A PAGAR

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud

Valor pagado $ - Periodo OCTUBRE DEL AÑO 2025
Comprobante de pago Número: CERTIFICADO DE PERSONA JURIDICA
Fecha de pago: 30 de octubre de 2025

Aportes ARP

Valor pagado $ - Periodo OCTUBRE DEL AÑO 2025

Aportes a Pensión

Valor pagado $ - Periodo OCTUBRE DEL AÑO 2025
Comprobante de pago Número: CERTIFICADO DE PERSONA JURIDICA
Fecha de pago: 30 de octubre de 2025

Pensionado: SI: NO: X
Certificación: SI: NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NORA DEL SOCORRO TORRES IBARRA
C.C.: 21.508.295
CARGO: SECRETARIA DE HACIENDA

Copia de aporte a salud SI: X NO:
Copia aporte ARP SI: X NO: