

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 10  
PERÍODO: 1 DICIEMBRE AL 3 DE DICIEMBRE DE 2025

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	157 - 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52.961.670
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 25.200.000
VALOR DEL PERÍODO DE COBRO	\$ 420.000
FECHA ACTA DE INICIO	13 DE MARZO DE 2025
PRÓRROGA <sup>1</sup>	3 MESES
ADICIÓN	\$12.600.000
PLAZO POR REDUCIR	N/A
VALOR POR REDUCIR	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
CESIÓN	N/A
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 37.800.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	9 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	12 DE DICIEMBRE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE

<sup>1</sup> Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información


## INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<b>OBLIGACION 1 :</b>  <b>ACTIVIDAD 1</b> Diligenciamiento ATENEA "JOVENES A LA E" Fecha: 14 de noviembre de 2025 Hora: 4: 00 pm Lugar: JAC Marruecos	<b>ACTIVIDAD 1</b> Como medio de verificación se cuenta con acta que sustenta la actividad.
<b>OBLIGACION 2:</b>  Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
<b>OBLIGACION 3:</b>  <b>ACTIVIDAD 1</b> Revision foliacion y gestion del FUID CPS 270-2024 -471-2023 – 455-2025 Fecha: 1 de diciembre de 2025 Hora: 10:30 am a 12:30 pm Lugar: area de planeacion  <b>ACTIVIDAD 2</b> Se realiza foliacion expediente CPS 362-2023 Fecha : 2 de Diciembre de 2025 Hora : 9:30 am a 4:00 pm Lugar : area de planeacion  <b>ACTIVIDAD 3</b> Se apoya en la revisión Inventario Documental del pago CPS 471-2023	<b>ACTIVIDAD 1</b> Como medio de verificación se cuenta con acta que sustenta la actividad.          <b>ACTIVIDAD 2</b> Como medio de verificación se cuenta con acta que sustenta la actividad.          <b>ACTIVIDAD 3</b> Cómo medio de verificación se cuenta con formato FUID.

## INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Fecha: 1 de diciembre de 2025 Lugar: área de planeación</p> <p><b>ACTIVIDAD 4</b> Se apoya en el inventario documental del CPS 270-2024 festival de la lechona Fecha:1 de diciembre de 2025 Lugar: área planeación</p> <p><b>ACTIVIDAD 5</b> Se apoya en el inventario documental del CPS 455-2025 Impulsar Fundación Social fecha:1 de diciembre de 2025 Lugar:Área de planeación</p>	<p><b>ACTIVIDAD 4</b> Cómo medio de verificación se cuenta con el formato FUID.</p> <p><b>ACTIVIDAD 5</b> como medio de verificación se cuenta con el formato FUID</p>
<p><b>OBLIGACION 4:</b></p> <p><b>ACTIVIDAD 1</b> Se Realiza apoyo INTEGRACION COMITÉ DE GARANTIAS - ELECCION DE CONSEJEROS Fecha: 3 de Diciembre de 2025</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1</b> Como medio de verificación se cuenta con acta que sustenta la actividad..</p>
<p><b>OBLIGACION 5:</b></p> <p>Se presenta informe es insumo de evidencia y entrega de documentos que se generaron en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.</p>	<p>Como medio de verificación se realiza el informe de actividad correspondiente al mes de Diciembre</p>
<p><b>OBLIGACION 6:</b></p> <p>Se realiza atención y orientación a la ciudadanía en la oficina de planeación, los días:</p>	<p><b>Actividad 1:</b></p>

## INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD		MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL	
<b>Actividad 1:</b> 2 de Diciembre de 2025 Hora : d8:00 am a 4:00 pm		Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
	COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.		<b>CONTRATISTA</b> Firma:  Nombre: VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ Cédula: 52.961.670	
		<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b> Nombre: FREDDY ALBERTO ARIAS MARQUEZ Cargo: APOYO A LA SUPERVISION Firma: <b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</b> Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE Firma:	
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.			