


Hacienda.

 <p>Alcaldía de Anzá Departamento de Antioquia</p>		FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO					
Código: FO-CP-49		Versión: 001 - 2024		Pagina: 1 de 1			
Dependencia: SECRETARÍA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Número de pago: 1	Total de pagos: 6	Fecha: 30 de julio de 2025				
ACTO ADMINISTRATIVO							
Marque con "X"							
OPS	Número: CPS-150-2025		Fecha de iniciación: 19 de julio de 2025		Fecha de terminación: 19 de diciembre de 2025		
CONTRATO	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 19 de julio de 2025		Duración: 5 Meses		Días	
RESOLUCIÓN	N° CDP: 391	Fecha: 16 de julio de 2025		Período a pagar: 19/07/2025 a 30/07/2025			
FACTURA	N° CRP: 556	Fecha: 19 de julio de 2025		Suspensión No.: En tiempo:			
Contrato Interadministrativo	Requiere Informe: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:	Entregó Informe: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		Prorroga No.: En tiempo:			
Objeto:	MATERIALIZACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y ACCESO A VIVIENDA EN EL MUNICIPIO DE ANZÁ EN EL BPIN 202500000005804, MEDIANTE LA TITULACIÓN Y SANEAMIENTO PREDIAL DEL MUNICIPIO DE ANZÁ.						
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA							
Nombre: ELIANA CRISTINA ECHEVERRI SALINAS	Tipo de documento: Cédula <input checked="" type="checkbox"/> Nit:						
Identificación:	Número: 43.603.860		DV:				
Dirección:	Carrera 44 # 60 B- 54 SUR Apartamento 606 Sabaneta - Antioquia						
Número de Teléfono:	FAX:		CEL:		301 3983424		
Información Bancaria:	Corriente:	Ahorros: <input checked="" type="checkbox"/>	Número: 00648-580-355/	Banco:	Bancolombia		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"		Persona Natural: <input checked="" type="checkbox"/>		Persona Jurídica:		
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:		Entidad sin ánimo de lucro:		
	IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro:		Tarifa: 7710		
	Actividad IICA- Código CIIU:		He verificado de esta información frente al RUT:		Si: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		
	He verificado de esta información frente al RUT:		Tarifa:		Si: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO							
Valor Inicial del contrato: \$ 22.500.000							
Adición No.: \$ 0							
Adición No.: \$ 0							
Adición No.: \$ 0							
Valor Total del contrato: \$ 22.500.000							
Valor pagado:							
Anticipo \$ 0,00		Primer Pago \$ 1.950.000		Segundo Pago \$ 0,00		Tercer pago \$ 0,00	
Séptimo Pago \$ 0,00		Octavo Pago \$ 0,00		Noveno Pago \$ 0,00		Cuarto pago \$ 0,00	
Decimo Pago \$ 0,00		Onceavo Pago \$ 0,00		Doceavo Pago \$ 0,00		Quinto Pago \$ 0,00	
Sexto Pago \$ 0,00		Valor a pagar en el periodo: \$ 1.950.000		Saldo: \$ 20.550.000		Total Pagado: \$ 0,00	
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD							
El contratista presentó el informe correspondiente:			SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		# de folios: 0		
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:			SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		Fecha:		
Se remitió al Comité de contratación:			SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:		Fecha:		
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL							
Persona Natural:							
Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
Valor pagado \$ 360.000 Período 19/07/2025 a 30/07/2025			Valor pagado \$ 460.800 Período 19/07/2025 a 30/07/2025				
Comprobante de pago Número: 7977013997			Comprobante de pago Número: 7977013997				
Fecha de pago: 25 de julio de 2025			Fecha de pago: 25 de julio de 2025				
Aportes ARP							
Valor pagado \$ 15.100 Período 19/07/2025 a 30/07/2025			Pensionado: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>				
			Certificación: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>				
Persona Jurídica:							
Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>							
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: <input checked="" type="checkbox"/> NO:							
Copia de aporte a salud SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:							
Copia aporte ARP SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO:							
FIRMA DEL SUPERVISOR							
NOMBRE DEL SUPERVISOR: YARELY ANDREA MONTOYA PALACIO			C.C. 1.023.749.515				
CARGO: SECRETARIA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS							
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Calle 10 # 10-08 - Parque principal - Piso 2- Tel: (604) 852 20 82 Ext. 108 E mail: gobierno@anza-antioquia.gov.co Web Oficial: www.anza-antioquia.gov.co							