



Alcaldía de Anzá
Departamento de Antioquia

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

Código: FO-CP-49

Versión: 001 - 2024

Página: 1 de 1

Dependencia:

SECRETARÍA DE GOBIERNO Y
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Número de pago:

1

Total de
pagos:

6

Fecha:

31 de enero de 2026

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS					
OPS		Número:	CPS-004-2026		Fecha de iniciación:	17 de enero de 2026	
CONTRATO	<input checked="" type="checkbox"/>	suscripción:	17 de enero de 2026		Fecha de terminación:	30 de junio de 2026	
RESOLUCIÓN		N° CDP:	10	Fecha:	2 de enero de 2026	Duración:	5 Meses 15 Días
FACTURA		N° CRP:	4	Fecha:	17 de enero de 2026	Periodo a pagar:	17 al 31 de enero 2026
Controlo Interadministrativo		Requiere Informe:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	Suspensión No.:	En tiempo: _____	
		Entregó Informe:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	Prorroga No.:	En tiempo: _____	

Objeto:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORÍA JURÍDICA Y REPRESENTACIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE ANZÁ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	ELIANA CRISTINA ECHEVERRI SALINAS						
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	<input checked="" type="checkbox"/>	Nit:		Número:	43.603.860 DV: _____
Dirección:	Carrera 44 # 60 B- 54 SUR Apartamento 606 Sabaneta - Antioquia						
Número de Teléfono:	3013983424		FAX:		CEL:	3013983424	
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:	<input type="checkbox"/>	Autoretenedor:			
		IVA Régimen Común:	<input type="checkbox"/>	Entidad sin ánimo de lucro:			
		Actividad IICA- Código CIUJ:		6910	Tarifa:		7710
	He verificado de esta información frente al RUT :			SI:	<input checked="" type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	\$ 28.875.000		
Adición No. _____	\$ 0		
Adición No. _____	\$ 0		
Adición No. _____	\$ 0		
Valor Total del contrato:	\$ 28.875.000		
Valor pagado:	Anticipo	\$ 0,00	
	Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago
	\$ 2.625.000	\$ 0,00	\$ 0,00
	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	Séptimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Total Pagado:	\$ 0,00		
Valor a pagar en el periodo:	\$ 2.625.000		
Saldo:	\$ 26.250.000		

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	# de folios: _____	0
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>		
	Se remitió al Comité de contratación:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: _____
	Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:	Aportes a Salud		Aportes a Pensión				
	Valor pagado \$	487.500	Periodo	17 al 31 de enero 2026	Valor pagado \$	624.000	Periodo	17 al 31 de enero 2026
	Comprobante de pago Número:	7995998666		7995998666				
	Fecha de pago:	2 de diciembre de 2025		2 de diciembre de 2025				
	Aportes ARP		Pensionado:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>			
Valor pagado \$	20.400	Periodo	17 al 31 de enero 2026	Certificación:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>		
	Persona Jurídica:		Anexo Certificación del Revisor Fiscal:	SI: <input type="checkbox"/>	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: NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR
NOMBRE DEL SUPERVISOR: YARELY ANDREA MONTÓYA PALACIO
C.C.: 1.023.749.515
CARGO: SECRETARÍA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

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