	Alcaldía Municipal de Tasco - Sistema Integrado de Gestión	
Nit. 891855131-3	Nombre del Proceso:Evaluación de Contratistas	
	Procedimiento: Evaluación de Contratista	Codigo:000
	Tipo de Documento:Formato	Versión:0
	Fecha de Actualización:	

INFORME PARCIAL	FECHA: 10/03/2026	NUMERO DE PAGO: 1 DE 8

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS							
CONTRATO X	Número:	CPS-MT-044-2026		Fecha de iniciación:	1/30/2026			
				Fecha de terminación:	9/30/2026			
	N° CDP:	69 Fecha :	1/23/2026	Duración:		Meses 8 Meses	Dias	
	N° RP:	117 Fecha :	1/30/2026	Periodo a pagar:	30 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO DE 2026			
CONVENIO	Requiere Informe:	SI: X	NO:	Suspensión No.:		En tiempo:		
	Entregó Informe:	SI: X	NO:	Prorroga: No.:		En tiempo:		
				Adición: No.:		Valor:		
				N° CDP:		Fecha :		
				N° RP:		Fecha :		

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN AL SUI PRESTADOR Y SUI ALCALDÍA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS, Y AL SISTEMA DE INVERSIONES DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO SINAS, PARA LA VIGENCIA 2026. DEL MUNICIPIO DE TASCO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	EILYN VALENTINA MARTINEZ TRIANA								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	1.053.664.429	DV.		
Dirección:	TASCO CENTRO								
Número de Teléfono:	FAX:				CEL:	3213162439			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	604-746785-15	Banco:	BANCOLOMBIA	

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

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	**24.500.000**
Adición No.	
Valor Total del contrato:	**24.500.000**
Valor pagado:	**0**
Valor a pagar en el periodo:	**3.062.500**
Saldo:	**21.437.500**

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:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	233.700 Periodo	ENERO FEBRERO	Valor pagado $	$ 299.100 Periodo	ENERO FEBRERO
No. De Planilla	9500126627 - 9498874208		Comprobante de pago Número:	9500126627 - 9498874208	
Fecha de pago:	2026/02/02 - 2026/03/10		Fecha de pago:	2026/02/02 - 2026/03/10	

Aportes ARL			Pensionado:	SI:	NO:	x
Valor pagado $	10.000 Periodo	ENERO FEBRERO	Certificación:	SI:	NO:	
Comprobante de pago Número:	9500126627 - 9498874208					
Fecha de pago:	2026/02/02 - 2026/03/10					

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

SOLICITUD DE PAGO

FIRMA DEL SUPERVISOR	**Anexos:**	Copia de aporte a pensión	SI: x	NO:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: FELIPE ANDRES ROMERO PINTO		Copia de aporte a salud	SI: x	NO:	
C.C.: 1049628476 DE TUNJA		Copia aporte ARP	SI: x	NO:	
CARGO: SECRETARIO DE PLANEACION					