



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

Alcaldía de Anzá
Departamento de Antioquia

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:

5

Fecha:

16 de marzo de 2026

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

DATOS ESPECÍFICOS

DPS	Número:	CPS-069-2026	Fecha de iniciación:	16 de febrero de 2026
CONTRATO	suscripción:	30 de enero de 2026	Fecha de terminación:	16 de julio de 2026
RESOLUCIÓN	N° CDP:	76	Fecha:	29 de enero de 2026
FACTURA	N° CRP:	64	Fecha:	30 de enero de 2026
Contrato Interadministrativo	Requiere Informe:	Si: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Suspensión No.:	En tiempo: <input type="checkbox"/>
	Entregó Informe:	Si: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Prorroga No.:	En tiempo: <input type="checkbox"/>
			Periodo a pagar:	16 de febrero al 16 de marzo

Objeto:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA (PISCC) 2024-2027 DEL MUNICIPIO DE ANZÁ - ANTIOQUIA.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	CRISTIAN CAMILO RODAS SANCHEZ				
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	
Dirección:	carrera 9 Municipio de Anzá				
Número de Teléfono:	-		FAX:	-	
Información Bancaria:	Comenta:	Ahorros	X	Número	91233316461
	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Banco:	Bancolombia
		Gran Contribuyente:	-	Persona Jurídica:	-
		IVA Régimen Común:	-	Autoretenedor:	-
		Actividad IICA- Código CIIU:	7490	Entidad sin ánimo de lucro:	-
		He verificado de esta información frente al RUT :	Si: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Tarifa:	8299

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	\$ 20.000.000
Adición No. _____	\$ 0
Adición No. _____	\$ 0
Adición No. _____	\$ 0
Valor Total del contrato:	\$ 20.000.000
Valor pagado:	
Anticipo	\$ 0,00
Primer Pago	\$ 4.000.000
Segundo Pago	\$ 0,00
Tercer pago	\$ 0,00
Cuarto pago	\$ 0,00
Quinto Pago	\$ 0,00
Sexto Pago	\$ 0,00
Séptimo Pago	\$ 0,00
Octavo Pago	\$ 0,00
Noveno Pago	\$ 0,00
Decimo Pago	\$ 0,00
Onceavo Pago	\$ 0,00
Doceavo Pago	\$ 0,00
Total Pagado:	\$ 0,00
Valor a pagar en el periodo:	\$ 4.000.000
Saldo:	\$ 16.000.000

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"/>	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:	Si: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: _____

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:	Aportes a Salud	Aportes a Pensión
Valor pagado \$ _____	Período 16 de febrero al 16 de marzo	Valor pagado \$ _____
Comprobante de pago Número: 6008565651 - 6008751390		Comprobante de pago Número: 6008565651 - 6008751390
Fecha de pago: 26/02/2026 - 05/03/2026		Fecha de pago: 26/02/2026 - 05/03/2026
Aportes ARP	Pensionado:	Si: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/>
Valor pagado \$ _____	Período 16 de febrero al 16 de marzo	Certificación: Si: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/>
Persona Jurídica:	Anexa 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:

C.C.:

CARGO:

YARELY ANDREA MONTOYA PALACIO
1.023.749.515
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Copia de aporte a salud

Copia aporte ARP

Si: NO:

Si: NO: