Nit: 891856131-3	Alcaldía Municipal de Tasco - Sistema Integrado de Gestión	
	Nombre del Proceso:Evaluación de Contratistas	
	Procedimiento: Evaluación de Contratista	Codigo:000
	Tipo de Documento:Formato	Versión:0
	Fecha de Actualización:	

INFORME PARCIAL | **FECHA: 28/04/2026** | **NUMERO DE PAGO: 3 DE 7**

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Marque con "X"

CONTRATO X

CONVENIO ____

DATOS ESPECÍFICOS

Número: CPS-MT-043-2026

N° CDP: 67 Fecha 23/01/2026

N° RP: 109 Fecha : 30/01/2026

Requiere Informe: SI: X NO: ____

Entregó Informe: SI: X NO: ____

Fecha de iniciación: 30/01/2026

Fecha de terminación: 25/08/2026

Duración: 6 Meses 26 Dias

Periodo a pagar: 29/03/2026 AL 28/04/2026

Suspensión No.: ____

Prorroga: No.: ____ En tiempo: ____

Adición: No.: ____ Valor: ____

N° CDP: ____ Fecha : ____

N° RP: ____ Fecha : ____

Objeto: **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONDUCTOR MECÁNICO DEL TRACTOR DE PROPIEDAD DEL MUNICIPIO COMO APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DEL MUNICIPIO DE TASCO"**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:									
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	4.208.782	DV.	
Dirección:									
Número de Teléfono:	VEREDA PIEDRA GORDA,PAZ DE RIO			CEL; 3214381735					
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	4-150-52-00988-9	Banco:	Banco Agrario de Colombia	

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:	18.540.000,00
Adición No. ____	____
Valor Total del contrato:	18.540.000,00
Valor pagado:	5.400.000,00
Valor a pagar en el periodo:	2.700.000,00
Saldo:	10.440.000,00

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

Valor pagado $ $ 437.800 Periodo MARZO Y ABRIL

No. De Planilla 9502441398-9503842971

Fecha de pago: 16/04/2026-28/04/2026

Aportes a Pensión

Valor pagado $ $ 560.400 Periodo MARZO Y ABRIL

Comprobante de pago Número: 9502441398-9503842971

Fecha de pago: 16/04/2026-28/04/2026

Aportes ARP

Valor pagado $ NA Periodo NA

Comprobante de pago Número: NA

Fecha de pago: NA

Pensionado: SI: ____ NO: x

Certificación: SI: ____ NO: ____

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

SOLICITUD DE PAGO

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: FELIPE ANDRES ROMERO PINTO

C.C.: 1.049.628.476 DE TUNJA

CARGO: SECRETARIO DE PLANEACION

Anexos:

Copia de aporte a pensión	SI: x	NO: ____
Copia de aporte a salud	SI: x	NO: ____
Copia aporte ARP	SI: x	NO: ____