



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

Codigó:FO-CP-49

Versión: 002 - 2021

Página: 1 de 1

Dependencia:	SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL	Número de pago:	2	Total de pagos:	4	Fecha:	28 de julio de 2025
--------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------	---------------------

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS						
OPS	Número:	CPS-102-2025		Fecha de iniciación:	03 de junio de 2025		
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/>	suscripción:	03 de junio de 2025		Fecha de terminación:	30 de septiembre de 2025		
RESOLUCIÓN	N° CDP:	266	Fecha:	22 de mayo de 2025	Duración:	3	Meses
FACTURA	N° RP:	383	Fecha:	3 de junio de 2025	Periodo a pagar:	01 al 31 de julio de 2025	
CONVENIO	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 PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN PARA COORDINAR EL PROGRAMA DE RENTA CIUDADANA EN EL MUNICIPIO DE ANZÁ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	YURY BIBIANA GARCÍA MARÍN						
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	<input checked="" type="checkbox"/>	Nit:		Número:	1.023.749.359
Dirección:	CARRERA 12 # 05-02 ZONA URBANA MUNICIPIO DE ANZÁ						
Número de Teléfono:	3205150077		FAX:			CEL:	
Información Bancaria:	Corriente:	Ahorros	<input checked="" type="checkbox"/>	Número:	41317003474-3	Banco:	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>		
		Gran Contribuyente:	<input type="checkbox"/>	Autoretenedor:	<input type="checkbox"/>		
		IVA Régimen Común:	<input type="checkbox"/>	Entidad sin ánimo de lucro	<input type="checkbox"/>		
		Actividad IICA- Código CIU:		8219	Tarifa:		
		He verificado de esta información frente al RUT :			SI:	<input checked="" type="checkbox"/>	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	\$ 8.800.000,00					
Adición No. _____	\$ 0,00					
Adición No. _____	\$ 0,00					
Adición No. _____	\$ 0,00					
Valor Total del contrato:	\$ 8.800.000,00					
Valor pagado:	Anticipo	\$ 0,00				
	Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
	\$ 2.200.000	\$ 2.200.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Total Pagado:	\$ 2.200.000					
Valor a pagar en el periodo:	\$ 2.200.000					
Saldo:	\$ 4.400.000					

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"/>	Fecha: _____
	Se remitió al Comité de contratación:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>	
	Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:	Aportes a Salud		Aportes a Pensión				
	Valor pagado \$	178.000	Periodo	01 al 31 de julio de 2025	Valor pagado \$	227.800	Periodo	01 al 31 de julio de 2025
	Comprobante de pago Número:	7976009163		Comprobante de pago Número:	7976009163			
	Fecha de pago:	24 de julio de 2025		Fecha de pago:	24 de julio de 2025			
	Aportes ARP		Pensionado:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>			
Valor pagado \$	7.500	Periodo	01 al 31 de julio de 2025	Certificación:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>		

SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------	-------------------	---	------------------------------	---

	Anexos: Copia de aporte a pensión	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	---	------------------------------

FIRMA DEL SUPERVISOR		Copia de aporte a salud	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ADRIANA ALEJANDRA CARO BARRIENTOS	Copia aporte ARP	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
C.C.:	1.023.748.512			
CARGO:	SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL			