
	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO		Código: GJC-F-001		
			Versión: 003		
			Fecha: 6/03/2025		
DEPENDENCIA					
Número de pago:	3	Total de pagos:	5	Fecha:	29/04/2026
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	16/01/2026	QPS:			
Fecha de inicio:	2/02/2026	Contrato:	X		
Fecha de terminación:	1/07/2026	Resolución:			
Duración:	5 MESES	Factura:			
Número:	018	Convenio:			
Periodo a pagar:	DEL 2 DE ABRIL AL 1 DE MAYO DE 2026				
N° CDP:	008	Fecha del CDP:	2/01/2026		
N° RP:	0041	Fecha del RP:	16/01/2026		
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LOS PROCESOS DE COBRO COACTIVO DE SANCIONES IMPUESTAS POR LAS INSPECCIONES MUNICIPALES Y DEMÁS DEPENDENCIAS DEL ORDEN CENTRAL Y LOS PROCESOS DE FISCALIZACIÓN TRIBUTARIA.				
Requiere Informe Actividades:	SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Suspensión No:			
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)					
Adición:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Tiempo ampliación del plazo:			
Numero de Adición			Fecha de terminación:		
N° CDP:			Fecha del CDP:		
N° RP:			Fecha del RP:		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	LUIS GUILLERMO QUINTERO QUINTERO				
Tipo de documento:	CEDULA				
Identificación:	70.114.713				
Dirección:	CR 30 N 2-70				
Número de Teléfono:	3137976822				
Banco:	BANCOLOMBIA				
Número de cuenta:	26777060201				
Corriente/ Ahorros:	AHORROS				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Fecha de pago:	Persona Natural: 27/04/2026		
Gran Contribuyente:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Aportes a Salud:	\$	665.100	
IVA Régimen Común:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Aportes a Pensión:			
Persona Jurídica:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Aportes ARL:	\$	27.800	
Autorretenedor:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Periodo:	ABRIL		
Entidad sin ánimo de lucro	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica:			
Actividad IICA- Código CIU:	4719 - 8551	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO					
Valor Inicial del contrato:	\$ 66.508.765	Primer Pago	Segundo Pago		
Valor pagado:	\$ 26.603.506	\$ 13.301.753	\$ 13.301.753		
Valor solicitado:	\$ 13.301.753	Tercer pago	Cuarto pago		
Saldo:	\$ 26.603.506				
ADICION					
Valor Inicial de la adición:		Quinto Pago	Sexto Pago		
Valor pagado de adición:					
Valor solicitado de adición:		Séptimo Pago	Octavo Pago		
Saldo:					
EJECUCION					
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	60%	Onceavo Pago	Doceavo Pago		
Porcentaje de Ejecucion de Adición	#DIV/0!	\$ 0			
PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					
PÓLIZAS (Adición)					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

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. (opcional)		
Anexos:			
Copia de Seguridad Social	SI: <input checked="" type="checkbox"/> X NO: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: <input checked="" type="checkbox"/> X NO: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Copia de Parafiscales	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: <input type="checkbox"/> X NO: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
# De Folios	11		
OBSERVACIONES:			
Según las actividades realizadas por el Contratista LUIS GUILLERMO QUINTERO QUINTERO, se evidencia el cumplimiento del 60% de las actividades establecidas en el contrato.			
FIRMA DEL SUPERVISOR Y INTERVENTOR: NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: C.C. CARGO:		 NIDIA TRINIDAD LOAIZA MANÓIZ 43.753.778 SECRETARIA DE HACIENDA	