



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 EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE Y JUVENTUD	Número de pago:	1	Total de pagos:	5	Fecha:	30 de marzo de 2026
--------------	--	-----------------	---	-----------------	---	--------	---------------------

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS						
OPS	Número:	CRE-001-2026			Fecha de iniciación:	19 de enero de 2026	
CONTRATO	suscripción:	09 de enero 2026			Fecha de terminación:	02 de julio de 2026	
RESOLUCIÓN	N° CDP:	2	Fecha:	2 de enero de 2026	Duración:	3	Meses 21 Días
FACTURA	N° CRP:	1	Fecha:	9 de enero de 2026	Periodo a pagar:	PAGO # 1	
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: UNIR ESFUERZOS TÉCNICOS, ECONÓMICOS Y HUMANOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR PAE A LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES, DE LA MATRÍCULA OFICIAL DEL MUNICIPIO DE ANZÁ, VIGENCIA 2026.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	CORPORACION VIDA SOCIAL								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	Nit.	<input checked="" type="checkbox"/>	Número:	811.042.980-5	DV.	8	
Dirección:	Calle 29 A 84 B 27 Medellín - Antioquia								
Número de Teléfono:	-			FAX:	-		CEL.	3233067307	
Información Bancaria:	Corriente:	<input checked="" type="checkbox"/>	Ahorros:	<input type="checkbox"/>	Número:	27900009717	Banco:	BANCOLOMBIA	
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	-		Persona Jurídica:	<input checked="" type="checkbox"/>			
		Gran Contribuyente:	-		Autoretenedor:	<input type="checkbox"/>			
		IVA Régimen Común:	-		Entidad sin ánimo de lucro:	<input type="checkbox"/>			
		Actividad IICA- Código CIJU:	-		0	Tarifa:	<input type="checkbox"/>		
		He verificado de esta información frente al RUT :	-		SI:	<input checked="" type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato: \$ 705.944.847
 Adición No. _____ \$ 0
 Adición No. _____ \$ 0
 Adición No. _____ \$ 0
 Valor Total del contrato: \$ 705.944.847

Valor pagado:	Anticipo	\$ 0,00		Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
	Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	Séptimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
				Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
				\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00

Total Pagado:	\$ 0,00
Valor a pagar en el periodo:	\$ 178.182.528
Saldo:	\$ 527.762.319

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: <input checked="" type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	# de folios: 32
	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 checked="" type="checkbox"/>	Fecha: _____
	Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: Se recibe a satisfacción			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:	Aportes a Salud		Aportes a Pensión			
	Valor pagado \$	651.100	Periodo	Valor pagado \$	2.600.900		
	Comprobante de pago Número:	PAGO # 1 1079602027		Comprobante de pago Número:	PAGO # 1 1079602027		
	Fecha de pago:	12 de febrero de 2026		Fecha de pago:	12 de febrero de 2026		
	Aportes ARP	Valor pagado \$	398.400	Periodo	PAGO # 1	Pensionado:	SI: <input type="checkbox"/>
					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"/>		

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: JEFERSON JAVIER CANO GARCÍA
 C.C.: 1.023.749.690
 CARGO: SECRETARIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE Y JUVENTUD

Copia de aporte a salud SI: NO:
 Copia aporte ARP SI: NO: