



Alcaldía de Anzá
Departamento de Antioquia

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

Código: FO-CP-49

Versión: 001 - 2024

Página: 1 de 1

Dependencia:

SECRETARÍA DE SALUD Y
DESARROLLO SOCIAL

Número de pago:

1

Total de pagos:

6

Fecha:

31 de enero de 2026

ACTO ADMINISTRATIVO

<p>Marque con "X"</p>		<p>DATOS ESPECÍFICOS</p>			
<p>OPS suscripción: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CONTRATO RESOLUCIÓN: <input type="checkbox"/></p> <p>FACTURA: <input type="checkbox"/></p> <p>Contrato Interadministrativo: <input type="checkbox"/></p>	<p>Número: CPS-032-2025</p> <p>N° CDP: 33</p> <p>N° CRP: 25</p>	<p>Fecha: 24 de enero de 2026</p> <p>Fecha: 19 de enero de 2026</p> <p>Fecha: 24 de enero de 2026</p>	<p>Fecha de iniciación: 24 de enero de 2026</p> <p>Fecha de terminación: 30 de junio de 2026</p> <p>Duración: 5 Meses 8 Días</p> <p>Periodo a pagar: 24 al 31 de enero de 2026</p>	<p>Requiere Informe: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Entregó Informe: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Suspensión No.: <input type="checkbox"/> En tiempo: <input type="checkbox"/></p> <p>Prorroga No.: <input type="checkbox"/> En tiempo: <input type="checkbox"/></p>	
<p>Objeto:</p>	<p>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE RENTA CIUDADANA EN EL MUNICIPIO DE ANZÁ</p>				

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

<p>Nombre: YURY BIBIANA GARCIA MARIN</p> <p>Identificación: Tipo de documento: Cédula <input checked="" type="checkbox"/> Nit <input type="checkbox"/> Número: 1.023.749.359 DV: <input type="checkbox"/></p> <p>Dirección: CRA 12#05-02 BARRIO DIVINO NIÑO</p> <p>Número de Teléfono: FAX: CEL: 3205150077</p> <p>Información Bancaria: Corriente: Ahorros: <input checked="" type="checkbox"/> Número: 41317003474-3 Banco: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA</p>	<p>Persona Natural: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Gran Contribuyente: <input type="checkbox"/></p> <p>IVA Régimen Común: <input type="checkbox"/></p> <p>Actividad IICA- Código CIU: 8299</p> <p>He verificado de esta información frente al RUT: <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Persona Jurídica: <input type="checkbox"/></p> <p>Autoretenedor: <input type="checkbox"/></p> <p>Entidad sin ánimo de lucro: <input type="checkbox"/></p> <p>Tarifa: <input type="checkbox"/></p> <p>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	\$ 13.333.330																										
Adición No. _____	\$ 0																										
Adición No. _____	\$ 0																										
Adición No. _____	\$ 0																										
Valor Total del contrato:	\$ 13.333.330																										
Valor pagado:	<table border="1"> <tr> <td>Anticipo</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Primer Pago</td> <td>\$ 833.330</td> </tr> <tr> <td>Segundo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Tercer pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Cuarto pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Quinto Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Sexto Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Séptimo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Octavo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Noveno Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Decimo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Onceavo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Doceavo Pago</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> </table>	Anticipo	\$ 0,00	Primer Pago	\$ 833.330	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
Anticipo	\$ 0,00																										
Primer Pago	\$ 833.330																										
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:	\$ 833.330																										
Saldo:	\$ 12.500.000																										

<p>AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD</p>	<p>El contratista presentó el informe correspondiente: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Se remitió al Comité de contratación: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: _____</p>	<p># de folios: 0</p> <p>Fecha: _____</p>
---	--	---

<p>APORTES SEGURIDAD SOCIAL</p>	<p>Persona Natural:</p> <p>Aportes a Salud: Valor pagado \$ 51.100 Periodo 24 al 31 de enero de 2026 Comprobante de pago Número: 6004767608 Fecha de pago: 4 de febrero de 2026</p> <p>Aportes a Pensión: Valor pagado \$ 65.400 Periodo 24 al 31 de enero de 2026 Comprobante de pago Número: 6004767608 Fecha de pago: 4 de febrero de 2026</p> <p>Aportes ARP: Valor pagado \$ 2.200 Periodo 24 al 31 de enero de 2026</p> <p>Pensionado: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Certificación: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

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:

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