	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: 4/08/2026**	**NUMERO DE PAGO: 6 DE 8**

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS					
CONTRATO X	Número:	CPS-MT-044-2026		Fecha de iniciación:	30/01/2026	
				Fecha de terminación:	30/09/2026	
	N° CDP:	69 Fecha : 23/01/2026		Duración:	Meses	Días
	N° RP:	117 Fecha : 30/01/2026		Periodo a pagar:	1 DE JULIO AL 31 DE JULIO DE 2026	
CONVENIO	Requiere Informe:	SI: X	NO:	Suspensión No.:	En tiempo:	
	Entregó Informe:	SI: X	NO:	Prorroga: No.:	En tiempo:	
				Adición: No.:	Valor:	
				N° CDP:	Fecha :	
				N° RP:	Fecha :	

OBJETO:	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR EL REPORTE DE INFORMACION AL SUI PRESTADOR Y SUI ALCALDIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS, Y AL SISTEMA DE INVERSIONES DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO SINAS, PARA LA VIGENCIA 2026, DEL MUNICIPIO DE TASCO**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	EILYN VALENTINA MARTINEZ TRIANA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1.053.664.429	DV.	
Dirección:	TASCO CENTRO								
Número de Teléfono:				FAX:			CEL.	3213162439	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	x	Número	604-746785-15	Banco:	BANCOLOMBIA	

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:	**24.500.000**
Adición No.	
Valor Total del contrato:	**24.500.000**
Valor pagado:	**15.312.500**
Valor a pagar en el periodo:	**3.062.500**
Saldo:	**6.125.000**

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			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	218.900 Periodo	JULIO	Valor pagado $	$ 280.200 Periodo	JULIO
No. De Planilla	6027326791		Comprobante de pago Número:	6027326791	
Fecha de pago:	3 de agosto de 2026		Fecha de pago:	3 de agosto de 2026	

Aportes ARL			Pensionado:	SI:	NO: x
Valor pagado $	9.200 Periodo	JULIO	Certificación:	SI:	NO:
Comprobante de pago Número:	6027326791				
Fecha de pago:	3 de Agosto de 2026				

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

SOLICITUD DE PAGO

FIRMA DEL SUPERVISOR	**Anexos:**	Copia de aporte a pensión	SI: x	NO:
NOMBRE DEL SUPERVISOR: FELIPE ANDRES ROMERO PINTO		Copia de aporte a salud	SI: x	NO:
C.C.: 1049628476 DE TUNJA		Copia aporte ARP	SI: x	NO:
CARGO: SECRETARIO DE PLANEACION				