MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	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	**SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO**				
Número de pago:	**5**	**Total de pagos:**	**6**	**Fecha:**	**25/06/2026**
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	**16/01/2026**		**OPS:**		
Fecha de inicio:	**2/02/2026**		**Contrato:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN**	
Fecha de terminación:	**1/08/2026**		**Resolución:**		
Duración:	**6 MESES**		**Factura:**	**1**	
Número:	**008**		**Convenio:**		
Periodo a pagar:	**DEL 2 DE JUNIO AL 1 DE JULIO DE 2026.**				
Nº CDP:	**028**		**Fecha del CDP:**	**02/01/2026**	
Nº RP:	**0031**		**Fecha del RP:**	**16/01/2026**	
Objeto Contractual:	**PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROMOTOR AGROPECUARIO A LOS PRODUCTORES EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO – ANTIOQUIA**				
Requiere Informe Actividades:	SI: ___X___ NO: _____		**Suspensión No:**		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)					
Adición:	SI: _____ NO: ___X__		**Tiempo ampliación del plazo:**		
Numero de Adicion			**Fecha de terminación:**		
Nº CDP:			**Fecha del CDP:**		
Nº RP:			**Fecha del RP:**		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	**CARLOS ENRIQUE CORREA CARO**				
Tipo de documento:	**C.C**				
Identificación:	**8,471,691**				
Dirección:	**VEREDA LOS CEDROS**				
Número de Teléfono:	**3122271761**				
Banco:	**BANCOLOMBIA**				
Número de cuenta:	**240 468 79739**				
Corriente/ Ahorros:	**AHORROS**				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	**SI: ___X___ NO: _____**		**Persona Natural:**		
Gran Contribuyente:	**SI: _____ NO: ___X___**		**Fecha de pago:**	25/06/2026	
IVA Régimen Común:	**SI: _____ NO: ___X___**		**Aportes a Salud:**	$	218.900
Persona Jurídica:	**SI: _____ NO: ___X___**		**Aportes a Pensión:**	$	280.200
Autorretenedor:	**SI: _____ NO: ___X___**		**Aportes ARL:**	$	18.300
Entidad sin ánimo de lucro	**SI: _____ NO: ___X___**		**Periodo:**	JUNIO	
			Persona Jurídica:		
Actividad IICA- Código CIIU:	0161		**Anexa Certificación del Revisor Fiscal:**	SI: _____ NO: ___X___	
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO					
Valor Inicial del contrato:	**$ 19.200.000**		**Primer Pago**	**Segundo Pago**	
Valor pagado:	**$ 12.800.000**		$ 3.200.000	$ 3.200.000	
Valor solicitado:	**3.200.000**		**Tercer pago**	**Cuarto pago**	
Saldo:	**3.200.000**		$ 3.200.000	$ 3.200.000	
ADICION			**Quinto Pago**	**Sexto Pago**	
Valor Inicial de la adicion:	**0**		$ 0	$ 0	
Valor pagado de adicion:	**0**		**Séptimo Pago**	**Octavo Pago**	
Valor solicitado de adicion:	**0**		$ 0	$ 0	
Saldo:	**0**		**Noveno Pago**	**Decimo Pago**	
EJECUCION			$ 0	$ 0	
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	**83%**		**Onceavo Pago**	**Doceavo Pago**	
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	**#¡DIV/0!**		$ 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 (Adicion)

	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: _X___ NO: _____ N/A ____	**El contratista presentó el informe correspondiente:**	SI: __X__ NO: _____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: ____ NO: _____ N/A ____	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: __X__ NO: _____ N/A ____
# De Folios	X		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista CARLOS ENRIQUE CORREA CARO, se evidencia el cumplimiento del 83% de las actividades establecidas en el contrato sin adición

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: **LUIS JAVIER SILVA CASTRO**
C.C.: **1.036.337.066**
CARGO: **SECRETARIO DE DESARROLLO ECONÓMICO**