MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Código: GJC-F-001 Versión: 003 Fecha: 31/05/2022

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL				
Número de pago:	3	Total de pagos:	6	Fecha:	09/08/2023

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	9/05/2023	OPS:	
Fecha de inicio:	10/05/2023	Contrato:	X
Fecha de terminación:	9/11/2023	Resolución:	
Duración:	06 MESES	Factura:	
Número:	164	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 10/07/2023 AL 09/08/2023		
N° CDP:	266	Fecha del CDP:	25/04/2023
N° RP:	0443	Fecha del RP:	09/05/2023
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN CALIDAD DE MONITOR DEL ÁREA DE EXPRESIÓN CULTURAL EN EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR; EN EL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO.		
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:	
N° CDP:		Fecha del CDP:	
N° RP:		Fecha del RP:	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA	
Nombre:	CATALINA ALVAREZ RODRIGUEZ
Tipo de documento:	CC
Identificación:	1036337016
Dirección:	CALLE 10 #26-32 LETICIA
Número de Teléfono:	3134839324
Banco:	BANCOLOMBIA
Número de cuenta:	24052103963
Corriente/ Ahorros:	AGHORROS

ASPECTOS TRIBUTARIOS			
Persona Natural:	SI: X NO:	Persona Natural:	
Gran Contribuyente:	SI: NO:	Fecha de pago:	9/08/2023
IVA Régimen Común:	SI: NO:	Aportes a Salud:	$ 150.500
Persona Jurídica:	SI: NO:	Aportes a Pensión:	$ 192.600
Autorretenedor:	SI: NO:	Aportes ARL:	$ 6.400
Entidad sin ánimo de lucro	SI: NO:	Periodo:	JUNIO
		Persona Jurídica:	
Actividad IICA- Código CIIU:	0010	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor inicial del contrato:	$ 9.922.500	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 3.307.500	$ 1.653.750	$ 1.653.750
Valor solicitado:	1.653.750	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	4.961.250	$ 0	$ 0
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	50%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	%	$ 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.
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 X___	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: X NO: ____ N/A ____
# De Folios	30		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista CATALINA ALVAREZ RODRIGUEZ se evidencia el cumplimiento del 50% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO

C.C.: 8473503

CARGO: SECRETARIO DE PROTECCION SOCIAL