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					
Número de pago:	6	Total de pagos:	7	Fecha:	18/12/2023

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	15/06/2023	OPS:	
Fecha de inicio:	15/06/2023	Contrato:	X
Fecha de terminación:	31/12/2023	Resolución:	
Duración:	6 MESES	Factura:	F - 90
Número:	226	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 15/11/2023 HASTA EL 14/12/2023		
N° CDP:	332	Fecha del CDP:	30/05/2023
N° RP:	0588	Fecha del RP:	15/06/2023
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE ALTA VULNERABILIDAD CON CONDICIONES DE CUIDADO ESPECIAL, DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO 2023		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	SI: X NO: _____	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion	N°1	Fecha de terminación:	
N° CDP:	410	Fecha del CDP:	11/07/2023
N° RP:	0986	Fecha del RP:	14/07/2023

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA	
Nombre:	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR Y/O FUNDACIÓN HOGAR Y VIDA
Tipo de documento:	NIT
Identificación:	901105043-7
Dirección:	GIRARDOTA CALLE 10 SALIDA A LA VEREDA EL BARRO
Número de Teléfono:	3054283816
Banco:	BANCOLOMBIA
Número de cuenta:	61684192875
Corriente/ Ahorros:	AHORROS

ASPECTOS TRIBUTARIOS			
Persona Natural:	SI: X NO: _____	Persona Natural:	
Gran Contribuyente:	SI: _____ NO: _____	Fecha de pago:	
IVA Régimen Común:	SI: _____ NO: _____	Aportes a Salud:	
Persona Jurídica:	SI: _____ NO: _____	Aportes a Pensión:	$ -
Autorretenedor:	SI: _____ NO: _____	Aportes ARL:	
Entidad sin ánimo de lucro	SI: _____ NO: _____	Periodo:	NOVIEMBRE
		Persona Jurídica:	
Actividad IICA- Código CIIU:	9499-8730	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: _____ NO: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	$ 11.106.667	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 11.106.667	$ 1.700.000	$ 3.400.000
Valor solicitado:	0	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	0	$ 3.400.000	$ 3.400.000
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor Inicial de la adicion:	5.100.000	$ 3.400.000	
Valor pagado de adicion:	2.493.333	Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:	1.700.000	$ 0	$ 0
Saldo:	906.667	Noveno Pago	$ 0
EJECUCION		$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	100%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	82%	$ 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 X	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: X NO: _____ N/A ____
# De Folios	5		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR FUNDACIÓN HOGAR Y VIDA se evidencia el cumplimiento del 100% de las actividades establecidas en el contrato y el 100% ejecutado de las actividades del otrosí N1.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: _____

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

C.C.: 8473503

CARGO: SECRETARIO DE PROTECCIÓN SOCIAL