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:	**7**	**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 - 93**	
Número:	**226**		**Convenio:**		
Periodo a pagar:	DESDE EL 15/12/2023 HASTA EL 31/12/2023				
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:**	DICIEMBRE	
			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**		$ 1.700.000	$ 1.700.000	
Valor pagado de adicion:	**4.193.333**		**Séptimo Pago**	**Octavo Pago**	
Valor solicitado de adicion:	**906.667**		$ 0	$ 0	
Saldo:	**0**		**Noveno Pago**	**$ 0**	
EJECUCION			$ 0	$ 0	
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	**100%**		**Onceavo Pago**	**Doceavo Pago**	
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	**100%**		$ 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