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: GIC-F-001 Versión: 005 Fecha: 31/05/2022	
DEPENDENCIA					
Número de pago:	1	Total de pagos:	12	Fecha:	08/02/2024
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	15/01/2024		OPS:		
Fecha de inicio:	17/01/2024		Contrato:	X	
Fecha de terminación:	31/12/2024		Resolución:		
Duración:	11 MESES Y 15 DIAS		Factura:	F - 97	
Número:	005		Convenio:		
Periodo a pagar:	DESDE EL 17/01/2024 HASTA EL 30/01/2024				
N° CDP:	011		Fecha del CDP:	10/01/2024	
N° RP:	0005		Fecha del RP:	15/01/2024	
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES PRIORIZADOS CON CONDICIONES DE CUIDADO Y SALUD ESPECIAL DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO 2024				
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO:		Suspensión No:		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)					
Adición:	SI: NO:		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:	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR Y/O FUNDACIÓN HOGAR Y VIDA				
Tipo de documento:	NIT				
Identificación:	901105043-7				
Dirección:	GUARDOTA CALLE 10 SALIDA A LA VEREDA EL BARRO				
Número de Teléfono:	3054283816				
Banco:	BANCOLOMBIA				
Número de cuenta:	61684152875				
Corriente/ Ahorros:	AHORROS				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	SI: X NO:		Persona Natural:		
Gran Contribuyente:	SI: NO:		Fecha de pago:		
IVA Régimen Comun:	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:	ENERO	
			Persona Jurídica:		
Actividad ICA- Código CIIU:	9499-8730		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: NO:	
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO					
Valor inicial del contrato:	$ 63.275.000		Primer Pago	Segundo Pago	
Valor pagado:	$ 0		$ 0	$ 0	
Valor solicitado:	2.730.000		Tercer pago	Cuarto pago	
Saldo:	60.545.000		$ 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	$ 0	
EJECUCION			$ 0	$ 0	
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	4%		Onceavo Pago	Doceavo Pago	
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	#¡DIV/0!		$ 0	$ 0	

PÓLIZAS

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	96-100219649 ANEXO 0 96-100650554 ANEXO 0	$6.727.500,$6.727.500, $6.727.500,$260.000.000	DESDE 15/01/2024,15/01/2024,15/01/2024,15/01/2024 HASTA 03/05/2025,03/01/2025,03/05/2025,03/01/2025	X	SEGUROS MUNDIAL
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual				X	
F - Salarios, Prestaciones Sociales				X	
G - Calidad del Servicio o Equipos				X	

PÓLIZAS (Adicion)

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					

Powered by CamScanner

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	8				

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 4% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: LauraGonzalez
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ
C.C.: 1036936227
CARGO: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SebastianR 20/02/24

Powered by CamScanner