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:	4	Total de pagos:	12	Fecha:	08/05/2024

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 - 105
Número:	005	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 1 AL 30 DE ABRIL DE 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:	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:	6/05/2024
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:	ABRIL
		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:	$ 67.275.000	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 16.900.000	$ 2.730.000	$ 6.370.000
Valor solicitado:	7.800.000	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	42.575.000	$ 7.800.000	$ 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	39%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	#¡DIV/0!	$ 0	$ 0

PÓLIZAS

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	M-100219649 ANEXO 0 M-100050554 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 03/05/2025,03/01/2028,03/05/2025,03/01/2025	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					

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 39% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Laura Gonzalez
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ
C.C.: 1036336227
CARGO: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL