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

| DEPENDENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de pago: | 10 | Total de pagos: | 12 | Fecha: | 07/11/2024 |

| 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 - 124 |
| Número: | 005 | Convenio: | |
| Periodo a pagar: | DESDE EL 1 AL 30 DE OCTUBRE 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: X NO: | Tiempo ampliación del plazo: | |
| Numero de Adicion | N°1-N°2 | Fecha de terminación: | 23/11/2024 |
| N° CDP: | 135 | Fecha del CDP: | 20/02/2024 |
| N° RP: | 0135 | Fecha del RP: | 27/02/2024 |

| 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: | 23/10/2024 |
| 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: | OCTUBRE |
| | | 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: | $ 62.855.065 | $ 2.730.000 | $ 6.370.000 |
| Valor solicitado: | 4.419.935 | Tercer pago | Cuarto pago |
| Saldo: | 0 | $ 7.800.000 | $ 7.800.000 |
| ADICION | | Quinto Pago | Sexto Pago |
| Valor Inicial de la adicion: | 33.540.000 | $ 7.800.000 | $ 8.125.065 |
| Valor pagado de adicion: | 9.230.065 | Séptimo Pago | Octavo Pago |
| Valor solicitado de adicion: | 13.650.000 | $ 9.750.000 | $ 12.480.000 |
| Saldo: | 10.659.935 | Noveno Pago | $ 0 |
| EJECUCION | | $ 9.230.065 | $ 0 |
| Porcentaje de Ejecucion Presupuestal | 100% | Onceavo Pago | Doceavo Pago |
| Porcentaje de Ejecucion de Adicion | 68% | $ 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 15/01/2024,15/01/2024,15/01/2024,15/01/2024,15/01/2024 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** | 13 | | |

**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 % de las actividades establecidas en el contrato.

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