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:	1	Total de pagos:	4	Fecha:	25/02/2025

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	29/01/2025	OPS:	
Fecha de inicio:	1/02/2025	Contrato:	X
Fecha de terminación:	31/05/2025	Resolución:	
Duración:	4 MESES	Factura:	F -132
Número:	040	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/02/2025 AL 28/02/2025		
N° CDP:	020	Fecha del CDP:	02/01/2025
N° RP:	0085	Fecha del RP:	29/01/2025
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES PRIORIZADOS CON CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, CUIDADO Y ATENCION EN SALUD ESPECIAL DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO:	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	SI: NO: X	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:	FEBRERO DE 2025
IVA Régimen Común:	SI: NO:	Aportes a Salud:	553000+178000
Persona Jurídica:	SI: NO:	Aportes a Pensión:	227800+707800
Autorretenedor:	SI: NO:	Aportes ARL:	$ 30.700
Entidad sin ánimo de lucro	SI: NO:	Periodo:	FEBRERO
		Persona Jurídica:	
Actividad IICA- Código CIIU:		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	$ 70.651.216	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 0		
Valor solicitado:	16.162.804	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	54.488.412		
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor Inicial de la adicion:			
Valor pagado de adicion:		Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:			
Saldo:		Noveno Pago	$ 0
EJECUCION			$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	23%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	0%	$ 0	$ 0

PÓLIZAS

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	M-100253934 ANEXO 0 M-100062564 ANEXO 0	7,065,121,60	29/01/2025 A 02/10/2025	X	SEGUROS MUNDIAL
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	M-100253934 ANEXO 0 M-100062564	284,700,000	29/01/2025 A 29/05/2025	X	SEGUROS MUNDIAL
F - Salarios, Prestaciones Sociales	M-100253934 ANEXO 0 M-100062564	7,065,121,60	29/01/2025 A 01/06/2028	X	SEGUROS MUNDIAL
G - Calidad del Servicio o Equipos	M-100253934 ANEXO 0 M-100062564	7,065,121,60	29/01/2025 A 02/10/2025	X	SEGUROS MUNDIAL

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	16				

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 23 % 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**