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	SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL				
Número de pago:	2	Total de pagos:	6	Fecha:	25/03/2025
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	6/02/2025	OPS:			
Fecha de inicio:	7/02/2025	Contrato:	X		
Fecha de terminación:	6/08/2025	Resolución:			
Duración:	6 MESES	Factura:			
Número:	082	Convenio:			
Periodo a pagar:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025				
N° CDP:	116	Fecha del CDP:	09/01/2025		
N° RP:	0151	Fecha del RP:	06/02/2025		
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR; DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO.				
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:	JAQUELINE GOMEZ BEDOYA				
Tipo de documento:	CC				
Identificación:	43704737				
Dirección:	CARRERA 10				
Número de Teléfono:	3128478887				
Banco:	BANCOLOMBIA				
Número de cuenta:	24061790451				
Corriente/ Ahorros:	AHORROS				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	SI: _____ NO: _____	Persona Natural:			
Gran Contribuyente:	SI: _____ NO: _____	Fecha de pago:	MARZO		
IVA Régimen Común:	SI: _____ NO: _____	Aportes a Salud:	$	178.000	
Persona Jurídica:	SI: _____ NO: _____	Aportes a Pensión:	$	227.800	
Autorretenedor:	SI: _____ NO: _____	Aportes ARL:	$	34.700	
Entidad sin ánimo de lucro	SI: _____ NO: _____	Periodo:	MARZO		
		Persona Jurídica:			
Actividad IICA- Código CIIU:	8299	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI:_____ NO: _____		

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	$ 16.669.800	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 2.222.640	$ 2.222.640	
Valor solicitado:	2.778.300	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	11.668.860		
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor Inicial de la adicion:			
Valor pagado de adicion:		Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:		$ 0	$ 0
Saldo:		Noveno Pago	Decimo Pago
EJECUCION		$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	30%	Onceavo Pago	Doceavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	%	$ 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.
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: X N/A ____	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI:___X___ NO: _____ N/A ____
# De Folios	54		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista JOHANA GIRALDO PULGARIN se evidencia el cumplimiento del 30% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA:

NOMBRE DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: **LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ**

C.C.: **1.036.336.227**

CARGO: **SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**