

 MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO		Código: GJC-F-001		
	PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN		Versión: 003		
			Fecha: 31/05/2022		
DEPENDENCIA					
Número de pago:	4	Total de pagos:	5	Fecha: 03/06/2025	
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	29/01/2025	OPS:			
Fecha de inicio:	1/02/2025	Contrato:	X		
Fecha de terminación:	30/06/2025	Resolución:			
Duración:	5 MESES	Factura:	FEV2025-14		
Número:	035	Convenio:			
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/05/2025 al 30/05/2025				
N° CDP:	020	Fecha del CDP:	02/01/2025		
N° RP:	0080	Fecha del RP:	29/01/2025		
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIAL DE ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD, PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE SAN JERONIMO				
Requiere Informe Actividades:	SI: ☒ 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 BIENESTAR EL ANCIANO "SAN PEDRO CLAVER"				
Tipo de documento:	NIT				
Identificación:	890980538-3				
Dirección:	LLANO DE BOLIVAR SECTOR SAN PEDRO SANTA FE DE ANTIOQUIA				
Número de Teléfono:	8531138				
Banco:	BANCOLOMBIA				
Número de cuenta:	24082044473				
Corriente/ Ahorros:	AHORROS				
ASPECTOS TRIBUTARIOS					
Persona Natural:	SI: ☒ NO: ☐	Persona Natural:			
Gran Contribuyente:	SI: ☐ NO: ☐	Fecha de pago:	MAYO		
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:	MAYO		
Actividad IICA- Código CIIU:	8699	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: ☐ NO: ☐		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO					
Valor Inicial del contrato:	\$ 55.306.950	Primer Pago	Segundo Pago		
Valor pagado:	\$ 30.061.331	\$ 10.338.551	\$ 9.861.390		
Valor solicitado:	9.861.390	Tercer pago	Cuarto pago		
Saldo:	15.384.229	\$ 9.861.390			
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago		
Valor Inicial de la adicion:	0				
Valor pagado de adicion:	0	Séptimo Pago	Octavo Pago		
Valor solicitado de adicion:	0	\$ 0	\$ 0		
Saldo:	0	\$ 0	\$ 0		
EJECUCION		\$ 0	\$ 0		
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal		72%	Onceavo Pago	Doceavo Pago	
Porcentaje de Ejecucion de Adicion			\$ 0	\$ 0	
PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	496-47-994000020882 ANEXO 0 496-994000020883 ANEXO 0	5,530,695	DESDE 29/01/2025 HASTA 29/10/2025	X	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	496-47-994000020882 ANEXO 0 496-994000020883 ANEXO 0	284,700,000	DESDE 29/01/2025 HASTA 29/06/2025	X	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
F - Salarios, Prestaciones Sociales	496-47-994000020882 ANEXO 0 496-994000020883 ANEXO 0	5,530,695	DESDE 29/01/2025 HASTA 29/06/2028	X	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
G - Calidad del Servicio o Equipos	496-47-994000020882 ANEXO 0 496-994000020883 ANEXO 0	5,530,695	DESDE 29/01/2025 HASTA 29/10/2025	X	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
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: <u>X</u> NO: ____ N/A ____	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: <u>X</u> NO: ____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: ____ NO: ____ N/A: <u>X</u>	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: <u>X</u> NO: ____ N/A ____
# De Folios	19		
OBSERVACIONES:			
Según las actividades realizadas por la Contratista CENTRO DE BIENESTAR EL ANCIANO "SAN PEDRO CLAVER" se evidencia el cumplimiento del 72% de las actividades establecidas en el contrato.			
<div><div><div>FIRMA DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA:</div><div>NOMBRE DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA:</div><div>C.C.:</div><div>CARGO:</div></div><div><div></div><div>LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ</div><div>1036336227</div><div>SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</div></div></div>			