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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | **SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL** | | | | |
| **Número de pago:** | **5** | **Total de pagos:** | **6** | **Fecha:** | **25/06/2025** |
| **ACTO ADMINISTRATIVO** | | | | | |
| **Fecha de suscripción:** | **4/02/2025** | | **OPS:** | | |
| **Fecha de inicio:** | **13/02/2025** | | **Contrato:** | **X** | |
| **Fecha de terminación:** | **27/07/2025** | | **Resolución:** | | |
| **Duración:** | **05 MESES Y 15 DÍAS** | | **Factura:** | **FEVE1097** | |
| **Número:** | **069** | | **Convenio:** | | |
| **Periodo a pagar:** | **DEL 01/06/2025 AL 31/06/2025** | | | | |
| **N° CDP:** | **012** | | **Fecha del CDP:** | **02/01/2025** | |
| **N° RP:** | **0134** | | **Fecha del RP:** | **04/02/2025** | |
| **Objeto Contractual:** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES, EN EL 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:** | **CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SAN JERÓNIMO** | | | | |
| **Tipo de documento:** | **NIT** | | | | |
| **Identificación:** | **900010128-1** | | | | |
| **Dirección:** | **CALLE 21 #8-70** | | | | |
| **Número de Teléfono:** | **8580096-3235057984-3147338925** | | | | |
| **Banco:** | **AGRARIO DE COLOMBIA** | | | | |
| **Número de cuenta:** | **41386-0009644** | | | | |
| **Corriente/ Ahorros:** | **AHORROS** | | | | |
| **ASPECTOS TRIBUTARIOS** | | | | | |
| **Persona Natural:** | **SI: _____ NO: _____** | | **Persona Natural:** | | |
| **Gran Contribuyente:** | **SI: _____ NO: _____** | | **Fecha de pago:** | JUNIO | |
| **IVA Régimen Común:** | **SI: _____ NO: _____** | | **Aportes a Salud:** | $ | 490.200 |
| **Persona Jurídica:** | **SI: _____ NO: _____** | | **Aportes a Pensión:** | $ | 1.959.100 |
| **Autorretenedor:** | **SI: _____ NO: _____** | | **Aportes ARL:** | $ | 870.700 |
| **Entidad sin ánimo de lucro** | **SI: _____ NO: _____** | | **Periodo:** | JUNIO | |
| | | | **Persona Jurídica:** | | |
| **Actividad IICA- Código CIIU:** | **8299** | | **Anexa Certificación del Revisor Fiscal:** | SI:____ NO: _____ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO** | | | |
| **Valor Inicial del contrato:** | **$ 166.033.340** | **Primer Pago** | **Segundo Pago** |
| **Valor pagado:** | **$ 108.676.368** | $ 18.112.728 | $ 30.187.880 |
| **Valor solicitado:** | **30.187.880** | **Tercer pago** | **Cuarto pago** |
| **Saldo:** | **27.169.092** | $ 30.187.880 | $ 30.187.880 |
| **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** | **Decimo Pago** |
| **EJECUCION** | | $ 0 | $ 0 |
| **Porcentaje de Ejecucion Presupuestal** | **84%** | **Onceavo Pago** | **Doceavo Pago** |
| **Porcentaje de Ejecucion de Adicion** | **%** | $ 0 | $ 0 |

| **PÓLIZAS** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **No.** | **Valor Asegurado** | **Vigencia** | **Amparos** | **Cia de Seguros** |
| **A - Cumplimiento** | **520-47-994000050223 ANEXO 0 520-74-994000023883 ANEXO 1** | **16,603,334** | **04/02/2025 HASTA 30/04/2025** | **X** | **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** |
| **B - Anticipo** | | | | | |
| **C - Prestaciones Sociales** | | | | | |
| **D - Estabilidad de la Obra** | | | | | |
| **E - Responsabilidad Civil Extracontractual** | **520-47-994000050223 ANEXO 0 520-74-994000023883 ANEXO 1** | **284,700,000** | **04/02/2025 HASTA 31/12/2025** | **X** | **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** |
| **F - Salarios, Prestaciones Sociales** | **520-47-994000050223 ANEXO 0 520-74-994000023883 ANEXO 1** | **16,603,334** | **04/02/2025 HASTA 31/12/2028** | **X** | **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** |
| **G - Calidad del Servicio o Equipos** | **520-47-994000050223 ANEXO 0 520-74-** | **16,603,334** | **04/02/2025 HASTA 30/04/2026** | **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. | | | | |
| **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** | 13 | | | | |

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SAN JERÓNIMO se evidencia el cumplimiento del 84% de las actividades establecidas en el contrato.

**FIRMA DE LA SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA:**

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

**C.C.:**

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