MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO	Código: GJC-F-001 Versión: 003 Fecha: 6/03/2025

DEPENDENCIA	SECREATRIA DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			
Número de pago:	1	Total de pagos:	2	Fecha: 16/07/2025

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	19 DE MARZO DE 2025	OPS:	
Fecha de inicio:	21 DE MARZO DE 2025	Contrato:	X
Fecha de terminación:	27 DE DICIEMBRE DE 2025	Resolución:	
Duración:	10 MESES	Factura:	
Número:	115	Convenio:	
Periodo a pagar:	DEL 21 DE MARZO AL 11 DE JULIO DE 2025		
N° CDP:	117	Fecha del CDP:	09 DE ENERO DE 2025
N° RP:	0359	Fecha del RP:	19 DE MARZO DE 2025
Objeto Contractual:	PRESTAR APOYO LOGÍSTICO A TODO COSTO, PARA REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, LÚDICAS CON LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE SAN JERÓNIMO, EN CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD Y PLAN DE BIENESTAR LABORAL.		
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:	MARTIN ABEL SANCHEZ GRISALES
Tipo de documento:	CEDULA DE CIUDADANIA
Identificación:	8471831-3
Dirección:	CALLE 22 A 12 35
Número de Teléfono:	310 412 07 66
Banco:	BANCOLOMBIA S. A.
Número de cuenta:	10042409646
Corriente/ Ahorros:	CUENTA DE AHORROS

ASPECTOS TRIBUTARIOS			
Persona Natural:	SI: ____ NO: ____	Persona Natural:	
Gran Contribuyente:	SI: ____ NO: ____	Fecha de pago:	1/07/2025
IVA Régimen Común:	SI: ____ NO: ____	Aportes a Salud:	$ 533.900
Persona Jurídica:	SI: X NO: ____	Aportes a Pensión:	$ 683.300
Autorretenedor:	SI: ____ NO: ____	Aportes ARL:	
Entidad sin ánimo de lucro	SI: ____ NO: ____	Periodo:	
		Persona Jurídica:	
Actividad IICA- Código CIIU:	6511- 5611 -6512	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI ____ NO: ____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor inicial del contrato:	$ 22 660 000	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:			
Valor solicitado:	$ 12.940.000	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	$ 9 940 000		
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	Decimo Pago
EJECUCION			
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	57%	Oncavo Pago	Docavo Pago
Porcentaje de Ejecucion de Adicion	#¡DIV/0!		$ 0

PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	4235699	$ 2.288.000	19/03/2025 - 27/04/2026		
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	13001007921	$ 284 700 000	19/03/2025 - 27/12/2025		
F - Salarios, Prestaciones Sociales	4235699	$ 2.288.000	19/03/2025 - 27/12/2026		
G - Calidad del Servicio o Equipos	4235699	$ 2.288 000	19/03/2025 - 27/04/2026		

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 ejecutaron 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 ____	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: X NO: ____ N/A ____
# De Folios	8		

OBSERVACIONES: EL CONTRATISTA HA VENIDO CUMPLIENDO A ENTERA SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y PRESENTA FACTURA CORRESPONDIENTE AL PERIODO ENTRE EL 21 DE MARZO AL 11 DE JULIO DE 2025 EN EL CUMPLIMIENTO AL PLAN DE BIENESTAR Y CODIGO DE INTEGRIDAD (FACTURA MGT 1249).

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/ INTERVENTOR:
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO
C C. 8.473.503
CARGO. SECRETARIO DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS