| | 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 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de pago: | 2 | Total de pagos: | 6 | Fecha: | 25/08/2025 |

| ACTO ADMINISTRATIVO | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de suscripción: | 02 de Julio 2025 | OPS: | |
| Fecha de inicio: | 03 de julio 2025 | Contrato: | X |
| Fecha de terminación: | 23 de diciembre 2025 | Resolución: | |
| Duración: | 5 MESES Y 20 DIAS | Factura: | F -152 |
| Número: | 153 | Convenio: | |
| Periodo a pagar: | DESDE EL 01/08/2025 AL 30/08/2025 | | |
| N° CDP: | 395 | Fecha del CDP: | 02/01/2025 |
| N° RP: | 0797 | Fecha del RP: | 2/07/2025 |
| 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:_____ | 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: | |
| 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: | |
| | | Persona Jurídica: | |
| Actividad IICA- Código CIIU: | | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: | SI: _____ NO: _____ |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO | | | |
|---|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | $ 106.273.400 | Primer Pago | Segundo Pago |
| Valor pagado: | $ 16.680.324 | $ 16.680.324 | |
| Valor solicitado: | 17.871.776 | Tercer pago | Cuarto pago |
| Saldo: | 71.721.300 | | |
| 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 | 33% | Onceavo Pago | Doceavo Pago |
| Porcentaje de Ejecucion de Adicion | % | $ 0 | $ 0 |

**PÓLIZAS**

| | No. | Valor Asegurado | Vigencia | Amparos | Cia de Seguros |
|---|---|---|---|---|---|
| A - Cumplimiento | M-100268871 | $ 10.627.340,00 | 02/07/2025 HASTA 25/04/2026 | X | SEGUROS MUNDIAL |
| B - Anticipo | | | | | |
| C - Prestaciones Sociales | M-100268871 | $ 10.627.340,00 | 02/07/2025 HASTA 25/12/2028 | X | SEGUROS MUNDIAL |
| D - Estabilidad de la Obra | | | | | |
| E - Responsabilidad Civil Extracontractual | M-100067799 | $ 659.403.000,00 | 02/07/2025 HASTA 25/12/2025 | X | SEGUROS MUNDIAL |
| F - Salarios, Prestaciones Sociales | | | | | |
| G - Calidad del Servicio o Equipos | M-100268871 | $ 10.627.340,00 | 02/07/2025 HASTA 25/04/2026 | 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** | 13 | | |

**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 33 % 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**