	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:	4	Fecha:	25/09/2025

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	31/07/2025	OPS:	
Fecha de inicio:	8/08/2025	Contrato:	X
Fecha de terminación:	30/11/2025	Resolución:	
Duración:	3 MESES Y 23 DIAS	Factura:	
Número:	201	Convenio:	
Periodo a pagar:	DEL 01/09/2025 AL 30/09/2025		
N° CDP:	435	Fecha del CDP:	15/07/2025
N° RP:	0951	Fecha del RP:	31/07/2025
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:	septiembre
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:	septiembre
		Persona Jurídica:	
Actividad IICA- Código CIIU:	8299	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor inicial del contrato:	$ 10.464.930	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 2.130.030	$ 2.130.030	
Valor solicitado:	2.778.300	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	5.556.600		
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	47%	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	20		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista JAQUELINE GOMEZ se evidencia el cumplimiento del 47% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA:

NOMBRE DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO

C.C.: 8.475.503

CARGO: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (E)