	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:	**3**	**Total de pagos:**	**4**	**Fecha:**	**25/10/2025**
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 01/10/2025 AL 30/10/2025**				
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:**		
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:**		
			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:	**$ 4.908.330**	$ 2.130.030	$ 2.778.300
Valor solicitado:	**2.778.300**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Saldo:	**2.778.300**		
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	**73%**	**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 73% 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.: **1036336227**

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