	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					
Número de pago:	5	Total de pagos:	6	Fecha:	25/11/2025

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-167
Número:	153	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/11/2025 AL 30/11/2025		
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:	$ 70.295.652	$ 16.680.324	$ 17.871.776
Valor solicitado:	17.871.776	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	18.105.972	$ 17.871.776	$ 17.871.776
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	83%	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 83 % 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**