	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:	1	Total de pagos:	6	Fecha:	25/02/2026
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	22/01/2026		OPS:		
Fecha de inicio:	2/02/2026		Contrato:	X	
Fecha de terminación:	15/07/2026		Resolución:		
Duración:	5 MESES Y 14 DIAS		Factura:		
Número:	082		Convenio:		
Periodo a pagar:	DEL 02/02/2026 AL 01/03/2026				
N° CDP:	097		Fecha del CDP:	02/01/2026	
N° RP:	0104		Fecha del RP:	22/01/2026	
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:		
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:	8299		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI:_____ NO: _____	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	$ 17.493.333	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 0		
Valor solicitado:	3.200.000	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	14.293.333		
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	18%	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 18% 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**