	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:	**4**	**Total de pagos:**	**9**	**Fecha:**	**25/04/2026**

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	**16/01/2026**	**OPS:**	
Fecha de inicio:	**19/01/2026**	**Contrato:**	**X**
Fecha de terminación:	**18/09/2026**	**Resolución:**	
Duración:	**8 MESES**	**Factura:**	**2026-10**
Número:	**030**	**Convenio:**	
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/04/2026 al 30/04/2026		
N° CDP:	**125**	**Fecha del CDP:**	**02/01/2026**
N° RP:	**0053**	**Fecha del RP:**	**16/01/2026**
Objeto Contractual:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIAL DE ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD, PRIORIZADOS EN EL 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 BIENESTAR EL ANCIANO "SAN PEDRO CLAVER"**
Tipo de documento:	**NIT**
Identificación:	**890980538-3**
Dirección:	**LLANO DE BOLIVAR SECTOR SAN PEDRO SANTA FE DE ANTIOQUIA**
Número de Teléfono:	**8531138**
Banco:	**BANCOLOMBIA**
Número de cuenta:	**24082044473**
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:	8699	**Anexa Certificación del Revisor Fiscal:**	SI: _____ NO: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	**$ 98.353.840**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**
Valor pagado:	**$ 23.357.573**	$ 4.386.805	$ 9.235.384
Valor solicitado:	**9.485.384**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Saldo:	**65.510.883**	$ 9.735.384	
ADICION		**Quinto Pago**	**Sexto Pago**
Valor Inicial de la adicion:	**0**		
Valor pagado de adicion:	**0**	**Séptimo Pago**	**Octavo Pago**
Valor solicitado de adicion:	**0**	$ 0	$ 0
Saldo:	**0**	**$ 0**	**$ 0**
EJECUCION		$ 0	$ 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					
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. (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	19		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista CENTRO DE BIENESTAR EL ANCIANO "SAN PEDRO CLAVER" se evidencia el cumplimiento del 33% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: **LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ**

C.C.: **1.036.336.227**

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