	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:	6	Total de pagos:	9	Fecha:	25/06/2026

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:	F-196
Número:	029	Convenio:	
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/06/2026 AL 30/06/2026		
N° CDP:	125	Fecha del CDP:	02/01/2026
N° RP:	0052	Fecha del RP:	16/01/2026
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:	$ 158.310.864	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 85.521.088	$ 10.365.656	$ 18.788.858
Valor solicitado:	16.846.639	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	55.943.137	$ 18.788.858	$ 18.788.858
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor Inicial de la adicion:	0	$ 18.788.858	
Valor pagado de adicion:	0	Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:			
Saldo:	0	Noveno Pago	$ 0
EJECUCION			$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	65%	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	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 65 % 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