MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	**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: 002 Fecha: 03/09/2021

DEPENDENCIA	**secretaria de salud y proteccion social**				
Número de pago: 3	**Total de pagos: 5**		**Fecha: 22/08/2026**		
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	**10 DE MARZO DE 2026**	**OPS:**			
Fecha de inicio:	**24 DE MARZO DE 2026**	**Contrato:**	**X**		
Fecha de terminación:	**26 DE AGOSTO DE 2026**	**Resolución:**			
Duración:	**124 DIAS HABILES**	**Factura:**	**FE 424**		
Número:	**132**	**Convenio:**			
Periodo a pagar:	agosto de 2026				
N° CDP:	**202 Y 203**	**Fecha del CDP:**	**9/02/2026**		
N° RP:	**0362**	**Fecha del RP:**	**10/03/2026**		
Objeto Contractual:	**EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, COMO ESTRATEGIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO ANTIOQUIA**				
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	**Suspensión No:**			
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)					
Adición:	**SI: NO: X**	**Tiempo ampliación del plazo:**			
Numero de Adicion		**Fecha de terminación:**			
N° CDP:		**Fecha del CDP:**			
N° RP:		**Fecha del RP:**			
Adición:	**SI: NO:** _____	**Tiempo ampliación del plazo:**			
Número de Adición		**Fecha de terminación:**			
N° CDP		**Fecha del CDP:**			
N° RP:		**Fecha del RP:**			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	**FUNDACION ACCIÓN SOLIDARIA POR COLOMBIA ACSOCAL Y/O JOHVANY LOAIZA ALVAREZ**				
Tipo de documento:	**NIT**				
Identificación:	**900569044-1**				
Dirección:	**Cr 98 44 11**				
Número de Teléfono:	**3122329268**				
Banco:	**BANCOLOMBIA**				
Número de cuenta:	**64719197939**				
Corriente/ Ahorros:	**CORRIENTE**				
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: X			
Actividad IICA- Código CIIU:	8610	**Anexa Certificación del Revisor Fiscal:**		SI: X NO:	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO				
Valor Inicial del contrato:	**$ 102.743.847,00**	**Primer Pago**	$ 47.741.683,13	**Segundo Pago** $ 17.685.994,00
Valor pagado:	**65.427.677,13**			
Valor solicitado:	**$ 20.834.356,77**	**Tercer pago**		**Cuarto pago**
Saldo:	**$ 16.481.813,10**			
ADICION 01		**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		**Decimo quinto pago**		**Decimo sexto pago**
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	**84%**			
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones				

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 1 y 2)					
	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: ____ NO: X N/A ____	**El contratista presentó el informe correspondiente:**	SI: X NO: _____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: NO: _____ N/A	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: X NO: _____ N/A ____
# De Folios	10		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista: JOHVANY LOAIZA ALVAREZ, se evidencia el cumplimiento del 84% de las actividades establecidas en el contrato de suministro.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Laura Marcela Gonzalez Lopez

C.C.: 1036336227

CARGO: Secretaria desalud y proteccion social