

	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO		Código: GJC-F-001		
	PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN		Versión: 003		
			Fecha: 31/05/2022		
DEPENDENCIA					
Número de pago:	8	Total de pagos:	9	Fecha:	25/08/2026
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-199	
Número:	029		Convenio:		
Periodo a pagar:	DESDE EL 01/08/2026 AL 30/08/2026				
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: ☒ NO: ☐		Suspensión No:		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)					
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: ☒ 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:		
Actividad IICA- Código CIU:			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:	\$ 118.728.811		\$ 10.365.656	\$ 18.788.858	
Valor solicitado:	16.361.084		Tercer pago	Cuarto pago	
Saldo:	23.220.969		\$ 18.788.858	\$ 18.788.858	
ADICION			Quinto Pago	Sexto Pago	
Valor Inicial de la adicion:	0		\$ 18.788.858	\$ 16.846.639	
Valor pagado de adicion:	0		Séptimo Pago	Octavo Pago	
Valor solicitado de adicion:	0		\$ 16.361.084		
Saldo:	0		Noveno Pago	\$ 0	
EJECUCION			\$ 0		
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	85%		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: ☒ NO: ☐ N/A ☐		El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: ☒ NO: ☐ N/A ☐	
Copia de Parafiscales	SI: ☐ NO: ☐ N/A ☒		El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: ☒ 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 85 % de las actividades establecidas en el contrato,					
<div></div> <div>FIRMA DE LA SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: <u>LAURA MARCELA GONZALEZ LOPEZ</u> NOMBRE DE LA SUPERVISORA Y/O INTERVENTORA: C.C.: <u>1036336227</u> CARGO: <u>SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL</u></div>					

