| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPUBLICA DE COLOMBIA | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL** | Código: FO-M7-P6-016<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación:<br>01 de febrero de 2021 |
|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORME No.: | 3 | SUPERVISION X<br>INTERVENTORIA ☐ | DE SEGUIMIENTO<br>PARA PAGO | X<br>X | FINAL | ☐ | |
| PERIODO DE SEGUIMIENTO | | Desde: | 01/08/2021 | Hasta: | 31/08/2021 | | |
| PERIODO PARA PAGO | | Desde: | 01/08/2021 | Hasta: | 31/08/2021 | | |

## 1. INFORMACION GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | **X** | NÚMERO: | 4600012020 |
| | ☐ | FECHA DE SUSCRIPCION: | 9/06/2021 |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | 16/06/2021 |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital San Bartolomé de Murindo destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019. | | | |
| **DEPENDENCIA CONTRATANTE** | | | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios. |
| **CONTRATISTA** | | NOMBRE: | E.S.E. Hospital San Bartolomé de Murindo |
| | | NIT | 800.165.050-9 |
| **VALOR** [$]: | | INICIAL: | TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/l **($393.192.847),** por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012. |
| | | ADICIONES | **No.** / **VALOR ADICIONADO** / **% DE ADICION**<br>" " / "N/A" / "N/A" |
| | | VALOR TOTAL: | TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/l **($393.192.847),** por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012. |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | | | "N/A" |

| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPUBLICA DE COLOMBIA | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL** | Código: FO-M7-P6-016<br>Versión: 01<br>Fecha de aprobación:<br>01 de febrero de 2021 |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PLAZO:** | INICIAL | La duración del presente convenio será de siete (7) meses contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 30 de diciembre de 2021 | | | |
| | | | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | | | | 16/06/2021 | 30/12/2021 |
| | PRORROGAS | **No.** | **TIEMPO PRORROGADO** | | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | | | N/A | | N/A |
| **HISTORICO DE SUSPENSIONES:** | | **No.** | **FECHA INICIO SUSPENSIÓN** | | **FECHA REANUDACIÓN** |
| | | | N/A | | N/A |
| | | **NUEVA FECHA DE TERMINACION** | | | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | RPC NUMERO: | 4500053764 |
| | FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN): | 31/05/2021 |
| **TIENE GARANTIAS VIGENTES Y ACTUALIZADAS** | | N/A |
| **IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:** | | 12031 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE: | | Gladys Bedoya Jiménez |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| **% DE EJECUCION FISICA** | | 50% |
| **% DE EJECUCION DE RECURSOS** | | 60.37% |

## 2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES DE LAS PARTES

**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC. (Definidos en los estudios previos No.12031)**

**PAC – PAGO DEL CONTRATO POR MES – MURINDÓ**

| | |
|---|---|
| Junio | $ 175.076.888 |
| Julio | $ 31.159.420 |
| Agosto | $ 31.159.420 |
| Septiembre | $ 31.159.420 |
| Octubre | $ 31.159.420 |
| Noviembre | $ 31.159.420 |
| Diciembre | $ 62.318.859 |
| **TOTAL** | $ 393.192.847 |

Se pagan $31,159.420, según lo definido en los Estudios previos como segundo pago del mes de julio, seguido como está establecido en la tabla anterior.

El % de ejecución física es del 50%.
El Porcentaje de ejecución financiera es de 60.37%

El pago se hará, con la verificación del pago del mes de julio, según el Plan de inversión enviado por la ESE y clausulas cumplidas según este informe.

## 2.1. SEGUIMIENTO TECNICO Y ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO:

| 2.1.1. RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FÍSICA | | |
|---|---|---|
| **POR PARTE DEL CONTRATANTE:** | | |
| **ACTIVIDADES PROGRAMADAS** | **% EJECUCION** | **JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN** |
| **1)** Incorporar en el presupuesto de la actual vigencia, los recursos que se comprometen en el presente convenio y que serán trasferidos al asociado. | 100% | Cumplido en Financiera |
| **2)** Emitir certificado de disponibilidad presupuestal. | 100% | Cumplido en Financiera |
| **3)** Designar el supervisor del Convenio | | |
| **4)** Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio | 50% | En proceso |
| **5)** Realizar los ajustes presupuestales, contables y de tesorería que se requieran para garantizar la adecuada ejecución de los recursos y el cierre de presupuestal de los mismos al final de la vigencia. | 60.37% | En proceso |
| **POR PARTE DEL CONTRATISTA:** | | |
| **ACTIVIDADES PROGRAMADAS** | **% EJECUCION** | **JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN** |
| **1)** Garantizar la operación y la prestación del servicio de salud en la institución, de acuerdo con los horarios definidos y los servicios habilitados en el Registro | 0% | En proceso |

| | | |
|---|---|---|
| Especial de Prestadores (REPS); incluyendo la prestación del servicio de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De tal forma que la sede opere y preste sus servicios en condiciones de calidad para la población de su jurisdicción. | | |
| **2)** Cumplir las normas generales que aplican para los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplicar las directrices que son emitidas por los organismos de regulación y de control del sector. | 0% | En proceso |
| **3)** Atender los pacientes que sean clasificados como sospechosos o que sean confirmados con diagnóstico de la enfermedad COVID-19, cumpliendo estrictamente los protocolos y las directrices emanados del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por la Pandemia que afecta a Colombia. | 0% | En proceso |
| **4)** Cumplir con todos los reportes establecidos en el Sistema de Información para la Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los procesos de atención a las personas en cada uno de servicios de la institución. | 0% | En proceso |
| . **5)** Garantizar la prestación de los servicios de salud del portafolio habilitado por la E.S.E. a la población residente en su municipio que demande servicios de salud del portafolio de la ESE, que demuestre no tener capacidad de pago y que no se pueda afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los servicios prestados a dicha población, durante la actual vigencia, se deben aplicar (cruzar) contra los recursos del presente convenio, y no se generará facturación hacia la entidad territorial. Al finalizar la vigencia, la E.S.E. hará los ajustes presupuestales y contables y el cierre correspondiente. Si el valor de los | 0% | |

| | | |
|---|---|---|
| servicios prestados por las atenciones en salud de las personas sin capacidad de pago que no se pueden afiliar al sistema de salud, supera el monto de los recursos asignados a la E.S.E. en el presente convenio, el Hospital podrá facturar los servicios adicionales y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, los reconocerá con recursos corrientes, previa auditoría y aval para pago por parte del Supervisor del convenio designado por la entidad territorial. El supervisor del convenio será responsable del control y seguimiento de la anterior obligación. | | |
| **6)** Reportar a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Socia de Antioquia y a los demás organismos que lo requieran, en coherencia con las normas del sector salud, los Registros Individuales de Prestación de Servicio de Salud (RIPS) que se originen de las atenciones de la población que manifiesta no tener capacidad de pago y no se pueda afiliar al sistema de seguridad social en salud, y que se atendieron en la E.S.E. en el mes inmediatamente anterior. Igualmente deben presentar, si no lo han hecho, los RIPS de atenciones de población que cumple las condiciones mencionadas, que se hayan atendido desde el primer día de enero de la actual vigencia. Se deben adjuntar a los RIPS: Copia del documento de identificación del usuario, copia del pantallazo de la consulta en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y copia del documento que certifique la no capacidad de pago de la persona atendida. Lo anterior para efectos de verificación por parte de la supervisión y para controlar el momento a partir del cual se podrá autorizar algún pago por servicios adicionales con recursos corrientes, por haber superado | 6.25% | En proceso |

| | | | |
|---|---|---|---|
| el valor del convenio. El referente de tarifa que debe utilizar la E.S.E. la facturación de los servicios, de tal forma que permitan a la supervisión hacer el seguimiento y la verificación de los valores, será el Manual Tarifario Decreto 2423 de 1996, actualizado a la vigencia, menos el 15%. Si la E.S.E tiene establecidas tarifas mediante acto administrativo debidamente formalizado, para servicios como transporte asistencial y otros, serán tenidas en cuenta por la supervisión. | | | |
| **7)** Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020. Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen Subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento y facturar las atenciones a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. La E.S.E. realizará trámite establecido para garantizar lo anterior. | 0% | En proceso | |
| **8)** Aplicar lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos. | 0% | En proceso | |
| **9)** Presentar al Supervisor del Convenio, además de la información que demuestre el cumplimiento de las | 6.25% | En proceso | |

| | | |
|---|---|---|
| obligaciones pactadas, los soportes de que se encuentran al día con el pago de sus obligaciones frente a la seguridad social, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, conforme al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo 1 de la Ley 828 de 2003 y demás normas que apliquen; si quien certifica es contador o revisor fiscal, presentar copia cedula ciudadanía, copia de la Tarjeta Profesional y certificado de la Junta Central de Contadores. | | |
| **10)** Realizar los ajustes presupuestales y contables a que haya lugar, frente a la ejecución de los recursos del componente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud asignados en el marco del presente Convenio; | 6.25% | En proceso |
| **11)** La ESE informará y remitirá certificado de cuenta bancaria de ahorros de uso exclusivo para los recursos del subsidio a la oferta, en la cual se hará la transferencia de los recursos financieros pertinentes. La cuenta debe generar rendimientos financieros y los mismos deben ser devueltos a la Gobernación de Antioquia una vez ejecutados los recursos y/o ejecutado el proyecto cofinanciado. | 6.25% | Se presentó la cuenta bancaria de ahorros para uso exclusivo para los recursos de subsidio a la oferta. |
| **12)** Dar cumplimiento a las metas e indicadores pactados de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.4.2. 7. Del Decreto 268 de 2020 y de artículo 3 de la Resolución 857 de 2020, literal "...3.5. Los indicadores y metas a ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato...";. | 6.25% | En proceso |
| **13)** Elaborar una propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta que se ejecutarán mediante el presente convenio, la inversión debe estar orientada a fortalecer la operación de la prestación de servicios de salud en el municipio, de acuerdo con las necesidades prioritarias que tenga la | 6.25% | Se presentó la Propuesta de Inversión de los recursos de subsidio a la oferta. Cumplido |

| | | |
|---|---|---|
| institución. La propuesta debe ser presentada en los primeros 10 días de vigencia contractual a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a través de la Supervisión del convenio, para su revisión y aprobación de la inversión de los recursos; | | |
| **14)** Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución. | 6.25 | En proceso |
| **15)** Cumplir con los requisitos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales del personal propio y/o el de los subcontratistas de acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que rijan la materia, dando aplicación en lo que corresponda al Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigido a Contratistas del Departamento de Antioquia. | 0% | En proceso |
| **16)** Para efecto de las actividades que se van a desarrollar en el marco del convenio, el conveniente y las personas que estos contraten para el desarrollo del objeto, están obligados a adoptar todas las precauciones y medidas establecidas por el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, en cuanto a la bioseguridad para la prevención de la propagación del COVID 19, lo que se evidenciará con la presentación de protocolos de bioseguridad para proteger a todos trabajadores, contratistas, asociados y visitantes del lugar de trabajo los cuales deberán ser implementados bajo su responsabilidad. Dichos protocolos deberán allegarse a la respectiva dependencia contratante por intermedio del supervisor, en el momento de la firma del acta de inicio, o a más tardar dentro de los 4 días posteriores a la suscripción de la misma. | 6.25%<br>Presentar los protocolos de seguridad para enfrentar la pandemia por el COVID 19, para el primer pago que se realizará | Cumplido |

| | | |
|---|---|---|
| Los protocoles presentados podrán ser sujetos de verificación con el fin de corroborar que se cumplan los requisitos normativos definidos por los entes gubernamentales para enfrentar la pandemia por el COVID 19. | | |

| 2.1.2. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS | |
|---|---|
| 07//07//21 | Se envió por correo la solicitud de entrega de evidencias para el segundo informe. |

## 2.2. SEGUIMIENTO FINANCIERO DEL CONTRATO / CONVENIO:

| | |
|---|---|
| Junio | $ 175.076.888 |
| Julio | $ 31.159.420 |
| Agosto | $ 31.159.420 |
| Septiembre | $ 31.159.420 |
| Octubre | $ 31.159.420 |
| Noviembre | $ 31.159.420 |
| Diciembre | $ 62.318.859 |
| **TOTAL** | $ 393.192.847 |

| RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **OTROS** | **TOTAL** |
| 1. Recursos iniciales comprometidos | $393.192.847 | $0 | $0 | $393.192.847 |
| 2. Adiciones | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS** | $393.192.847 | $0 | $0 | $393.192.847 |
| 4. Anticipos | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 5. Recursos pagados / desembolsados | $206.236.308 | $0 | $0 | $206.236.308 |
| **6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS** | $206.236.308 | $0 | $0 | $206.236.308 |
| 7. Recursos ejecutados | $237.395.728 | 0 | 0 | $237.395.728 |
| 8. Recursos no ejecutados | $155.797.119 | 0 | 0 | $155.797.119 |

## 2.3. ANOTACIONES ADICIONALES:

Se pagan $31.159.420, del mes de Agosto con evidencias de pago del mes de julio, según lo definido en la tabla de los Estudios Previos No.**12031, y** seguido como está establecido en la tabla. (PAGO POR MES SEGÚN PAC)

El % de ejecución física es del 50%
El % de ejecución financiera es de 60.37%

## 3. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

**FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:**

**CLAUSULA QUINTA: VALOR Y FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS.**

El valor del presente convenio es de: Trescientos setenta y cinco millones trecientos treinta mil ochocientos cuarenta y tres pesos M/L ($393.192.847), Excluido de IVA, por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA.

El giro de los recursos a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, será realizado por la Dirección de Gestión Integral de Recursos de la SSSYPSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la Empresa Social del Estado, que deben evidenciarse en el informe de supervisión No,2

| CONCEPTO | FECHA | VALOR CONTRATO | VALOR PAGO / DESEMBOLSO | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | | VALOR NETO A PAGAR | SALDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Inicial** | 16/06/21 | $393.192.847 | | | $0 | | $393.192.847 |
| **Adiciones** | N/A | N/A | | | | | N/A |
| **Pago No.1** | 29/06/21 | | $175.076.888 | | $0 | $0 | $218.115.959 |
| **Pago No. 2** | 07/10/21 | | $31.159.420 | | $0 | | $186.956.539 |
| **Pago No. 3** | 07/10/21 | | | | | $31.159.420 | $155.797.119 |
| **TOTALES** | | $393.192.847 | $206.236.308 | | $0 | $31.159.420 | |

**VERIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES**: El contratista/asociado presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y parafiscales, de él (y de sus empleados, según el caso), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

**PAGO**: Según lo estipulado en la cláusula No, 5 "FORMA DE PAGO/DESEMBOLSO", con la recepción a satisfacción por parte del supervisor, en el desarrollo del contrato se hará el siguiente pago al contratista, correspondiente a la suma de: Treinta y un millón ciento cincuenta y nueve mil cuatrocientos veinte pesos M/L ($31.159.420), relacionada en el Pago No.3 de la tabla adjunta en el numeral 3. "CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS".

## 4. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución del presente contrato/convenio:

| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO | QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO | TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN | CUANDO Y COMO SE REALIZA EL MONITOREO |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

## 5. ANEXOS Y OBSERVACIONES ADICIONALES

1. Formato informe de seguimiento y pago No. 3
2. Evidencias del pago del mes de julio según Plan de Inversión presentado que realizará con los recursos del subsidio a la oferta.
3. Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes de julio.

Para constancia, se firma la presente acta el, 07 octubre 2021

Nombre: Gladys Bedoya Jiménez
**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

GBEDOYAJ

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

# GOBERNACION DE ANTIOQUIA

# RECIBO A SATISFACCION



## NUMERO DE DOCUMENTO : 5000178746

| | | |
|---|---|---|
| **FACTURA:** INFORME 3 | **Nro ACTA:** | **DOC CAUSACION:** |
| **CODIGO PROVEEDOR:** 2400000026 | **NIT:** 8001650509 | **NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE MUR |
| **Nro CONTRATO:** 4600012020 | **DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC | |
| **FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:** 09.06.2021 | **OBSERVACION:** | |

**PEDIDO:** 1. 4500053764 SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC

| PED. | POS PED. | ANT. | FONDO | CODIGO MATERIAL / SERVICIO | DESCRIPCION | CANTIDAD | UMB | V/R UNI. SIN IVA | % IVA | V/R UNI. INC. IVA | TOTAL INC. IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 | | 0-PS3031 | 1000844 | PRESTACION DE SERVICIOS | 31159420 | UN | 1,000 | 0% | 1,0000 | 31.159.420,000 |

| | |
|---|---|
| **V/R TOTAL NETO** | 31.159.420,000 |
| **V/R TOTAL IVA** | 0,000 |
| **V/R TOTAL** | 31.159.420,000 |

**REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Factura Original | V.Bo. | 8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta | V.Bo. | Estampillas | |
| 2. Resolución de facturación vigente | V.Bo. | 9. Porcentaje de particiación si es consorcio o unión Tem. | V.Bo. | Contribución Especial | |
| 3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T. | V.Bo. | 10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid. | V.Bo. | Retención de IVA | |
| 4. Recibo a satisfacción por fondo | V.Bo. | 11. Informe de seguimiento | V.Bo. | Retención en la Fuente | |
| 5. RPC del pago | V.Bo. | 12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere | V.Bo. | Retención en la Fuente Obra Púb. | |
| 6. Contrato y Rut actualizado. | V.Bo. | 13. En caso de adición se deben anexar Otro SI o Adición | V.Bo. | Retención Empleados 1070 | |
| 7. Soportes del pago a seguridad social | V.Bo. | 14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere | V.Bo. | Retención Industria y Comercio | |
| | | 15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal | V.Bo. | | |

**MOVIMIENTO REALIZADO POR:** Juan Carlos Ramirez Giraldo

**SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)**

Bedoya Jimenez , Gladys

Gladys Bedoya

**E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ**
NIT 800.165.050-9
**MURINDÓ-ANTIOQUIA**

Medellín, agosto 23 del 2021

**CERTIFICACION**

La suscrita Contadora de la **E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOME** del Municipio de Murindó - Antioquia con NIT 800165050-9, certifica que la entidad se encuentra a paz y salvo a julio 31 del 2021 y cumple oportunamente con los pagos de los siguientes aportes:

Aportes Seguridad social en Salud
Aportes a Fondos de Pensiones
Aportes a Administración de Riesgos Profesionales
Aportes Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, ICBF, SENA, Esap e Institutos Técnicos)
Además, se encuentra a paz y salvo en salarios y prestaciones sociales

Atentamente,

**ANGELA MARIA HERRERA OCHOA**
TP 25948-T
TEL 260 09 95-260 44 09
CEL 3113399820

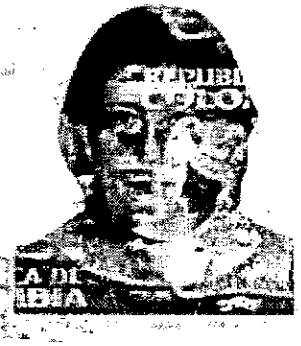
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42879043**

**HERRERA OCHOA**
APELLIDOS

**ANGELA MARIA**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1963**
**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.66** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**13-OCT-1981 ENVIGADO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0100100-14097535-F-0042879043-20020211 **03463**02042A 01 104432285

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A Z 7 8 E 3 F A E 4 A 1 3 8 0 1

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANGELA MARIA HERRERA OCHOA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 42879043 de ENVIGADO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 25948-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

# 25948-T



**ANGELA MARIA**
**HERRERA OCHOA**
**C.C. 42879043**
**RES. INSCRIPCION 3258 DEL 07/12/1989**
**UNIVERSIDAD DE MEDELLIN**

**JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA**
**DIRECTOR GENERAL**

270732 33343

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

| | | |
|---|---|---|
| DAMOS TODO POR TU SALUD | E.S.E<br>HOSPITAL SAN BARTOLOME<br>NIT 800.165.050-9<br>MURINDO-ANTIOQUIA | Código: 0001<br>Versión: 01<br>Página 1 de 1 |

**LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE MURINDO – ANTIOQUIA**

**CERTIFICA:**

Que, la Nómina, Seguridad Social y Parafiscales, correspondiente al mes de julio de 2021, asciende a la suma de ($57.238.625) CINCUENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SEICIENTOS VEINTI CINCO PESOS ML) discriminados como se detalla a continuación:

| PAGO DE JULIO SUBSIDIO A LA OFERTA | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALOR** |
| NOMINA MES DE JULIO DE 2021 | **47.092.995** |
| SEGURIDAD SOCIAL | **5.428.030** |
| PARAFISCALES | **4.717.600** |
| **TOTAL NOMINA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES** | **57.238.625** |

El presente certificado se expide como Soporte de ejecución del convenio de Subsidio a la Oferta 2021, suscrito entre la ESE Hospital San Bartolomé y el Municipio de Murindó Antioquia.

Dado en Murindó a los 27 días de septiembre del 2021

E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE MURINDO
NIT: 800.165.050-9
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

**MARIA YANED PALACIOS ORTIZ**
Subdirectora Administrativa y financiera
ESE Hospital San Bartolomé

| NIT: 890.984.882-0 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA<br>MUNICIPIO DE MURINDÓ | Código: 000 |
|---|---|---|
| | | Versión: 0 |
| | DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD | Fecha de Aprobación: |
| | | Página 1 de 1 |

500.07.03 N°0096
Por Favor, al responder, cite este número

Murindo, 27 de septiembre del 2021

LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

CERTIFICA:

Que la E.S.E Hospital San Bartolomé del municipio de Murindo, hizo envió de los RIPS a la Dirección Local de Salud desde el mes de enero del 2021 hasta el mes de julio del presente año y a su vez Dirección Local de Salud realizo el reporte a la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

Esta constancia se expide en el municipio de Murindo Antioquia a los 27 días del mes de septiembre 2021.

Ana Yeny Gómez P.

**ANA YENY GOMEZ PALACIOS**
Directora Local de Salud

Centro Administrativo Municipal
Carrera 2B N°21 – 08 Barrio el Porvenir Murindó (Antioquia)
Teléfono: (57) (4)8575015 / 857 5085 / 857 5041
Fax: (57) (094) 8575015
www.murindó-antioquia.gov.co - gobierno@murindo-antioquia.gov.co

Murindo

Medellín, 28 de septiembre de 2021

**LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA**
**DE LA DIRECCCION AMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con la información de Ejecución Presupuestal al corte de junio de 2021, la ESE Hospital San Bartolomé de Murindó, Antioquia, tiene los siguientes resultados en los indicadores de gestión financiera que se han fijado dentro del Convenio Interadministrativo para la Ejecución del Componente de Subsidio a la Oferta de la Participación en Salud del Sistema General de Participaciones suscrito con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

| PORCENTAJE DE RECAUDO CORRIENTE: Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC) / Ingreso Total Reconocido (Excluye CxC) | | RECUPERACION DE CARTERA: recaudo de recursos de vigencias anteriores - Miles de pesos | | EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTOS: Ingreso Total Reconocido / Gastos Totales con Cuentas por Pagar | |
|---|---|---|---|---|---|
| **% RECAUDO INGRESOS CORIENTES - META 2021** | **RESULTADO OBTENIDO - Corte junio 2021** | **PROMEDIO RECAUDO DE VIGENCIAS ANTERIORES - META 2021** | **RESULTADO OBTENIDO - Corte junio 2021** | **EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTO - META 2021** | **RESULTADO OBTENIDO - Corte junio 2021** |
| 75% | 81% | 348.334 | 356.225 | 1,00 | 1,14 |

La presente se expide para los fines pertinentes

**MARIA EUGENIA ZAPATA MARIN**
**Profesional Universitaria**
**Dirección Administrativa y Financiera - Salud**
**Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 800165050 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MURINDO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 2 NUMERO14 20 | TELÉFONO: | 8575094 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | | PUBLICA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7806810729** | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/09/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1113335544 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 2 | $ 812.700 |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 3.259.600 |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 5 | $ 2.525.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 13 | **$ 6.598.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 400.200 |
| 900226715 | ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | $ 735.800 |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 10 | $ 3.144.800 |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 735.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 13 | **$ 5.016.600** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890900842 | CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 13 | $ 1.605.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 13 | **$ 1.605.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 13 | $ 978.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 13 | **$ 978.100** |
| **OTROS PARAFISCALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 899999034 | PASENA | PASENA-SENA | 13 | $ 803.400 |
| 899999239 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 13 | $ 1.204.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | | **$ 2.007.900** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 16.206.600** |
|---|---|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 800165050 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MURINDO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 2 NUMERO14 20 | TELÉFONO: | 8575094 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PUBLICA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7808809887 | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | agosto |
| | AÑO: | 2021 | | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/09/01 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1113344603 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 4 | $ 2.022.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 4 | **$ 2.022.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 3 | $ 1.170.700 |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 361.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 4 | **$ 1.532.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890900842 | CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 4 | $ 490.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 4 | **$ 490.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | $ 64.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 4 | **$ 64.100** |
| **OTROS PARAFISCALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 899999034 | PASENA | PASENA-SENA | 4 | $ 245.400 |
| 899999239 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 4 | $ 367.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | | **$ 613.300** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 4.722.400** |
|---|---|

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** HOSPITAL SAN BARTOL **Nombre del pago:** NOMINAJULIO2021 **Fecha:** 27-09-2021 **Hora:** 10:52:46 **Fecha de envio del pago:** 30-07-2021

**NIT:** 800165050 **Secuencia:** H **Fecha de Generación:** 27-09-2021 **Fecha para Procesar el pago:** 30-07-2021

**Tipo de pago:** PAGOS CUENTA MAESTRA **Número de cuenta a debitar:** 64596988153

**Impreso por:** M43837192

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 16 | **Registros Procesados:** 16 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $31,760,159.00 | **Valor Registros Procesados:** $31,760,159.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 64500013131 | Ahorros | 43837192 | Maria Yahed Palaci | 1,955,173.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 95954132421 | Ahorros | 21880968 | NIZA QUEJADA SOTO | 340,936.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 10850860361 | Ahorros | 21880859 | LUZ MARY MAQUILON | 1,377,370.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 64505822896 | Ahorros | 3532501 | RODRIGO DIAZ VAREL | 2,324,782.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 10852735382 | Ahorros | 43807839 | SELESTINA SANCHEZ | 2,103,204.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 95954116363 | Ahorros | 21880761 | CANDIDA ROSA MANYO | 1,279,518.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 95954129561 | Ahorros | 21880871 | MARIA CONCEPCION Q | 936,990.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 64588591345 | Ahorros | 21881085 | OFIR TORRES VALENC | 1,800,436.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 01472754919 | Ahorros | 1073689267 | JEFFERSON REALES S | 2,947,047.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 64589640921 | Ahorros | 3532439 | JOSE ELIECER CUEST | 659,905.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 64570301185 | Ahorros | 1042733725 | Leonel Salas Cabre | 1,871,467.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 09130034152 | Ahorros | 71637462 | ANTONIO ZAPATA YEP | 1,584,837.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 00817537707 | Ahorros | 3532997 | LEONARDO MONTOYA | 1,250,366.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 91200602191 | Ahorros | 1140877554 | ANDREINA DE JESUS | 4,580,848.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 54900038235 | Ahorros | 39413961 | ANA CECILIA ARIAS | 1,269,108.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |
| 50300013756 | Ahorros | 98588931 | EDGAR ALONSO RESTR | 5,376,372.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CUENTE | 30-07-2021 |

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** HOSPITAL SAN BARTOL **Nombre del pago:** NOMINAJULIO20212 **Fecha:** 27-09-2021 **Hora:** 10:55:42 **Fecha de envio del pago:** 30-07-2021

**NIT:** 800165050 **Secuencia:** C **Fecha de Generación:** 27-09-2021 **Fecha para Procesar el pago:** 30-07-2021

**Tipo de pago:** PAGO A PROVEEDORES **Número de cuenta a debitar:** 02901159169

**Impreso por:** M43837192

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 2 | **Registros Procesados:** 2 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $5,540,487.00 | **Valor Registros Procesados:** $5,540,487.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NUMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24250632483 | Ahorros | 1144126108 | MAURO ALI REVOLLED | 5,199,351.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-07-2021 |
| 03117785674 | Ahorros | 39315837 | LUZ ENEIDA MARTINE | 341,136.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-07-2021 |

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** HOSPITAL SAN BARTOL
**NIT:** 800165050
**Tipo de pago:** PAGOS CUENTA MAESTRA

**Nombre del pago:** FODELSAJULIO2021
**Secuencia:** E
**Número de cuenta a debitar:** 64596968153

**Fecha:** 27-09-2021 **Hora:** 10:56:52
**Fecha de Generación:** 27-09-2021

**Fecha de envío del pago:** 30-07-2021
**Fecha para Procesar el pago:** 30-07-2021

**Impreso por:** M43837192

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 1 | **Registros Procesados:** 1 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $4,616,908.00 | **Valor Registros Procesados:** $4,616,908.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10202451599 | Ahorros | 890984908 | fodelsa | 4,616,908.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-07-2021 |

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** HOSPITAL SAN BARTOL
**NIT:** 800165050
**Tipo de pago:** PAGO A PROVEEDORES

**Nombre del pago:** PAGOCOMFENALCO
**Secuencia:** G
**Número de cuenta a debitar:** 02901159169

**Fecha:** 27-09-2021 **Hora:** 10:57:37
**Fecha de Generación:** 27-09-2021

**Fecha de envío del pago:** 30-07-2021
**Fecha para Procesar el pago:** 30-07-2021

**Impreso por:** M43837192

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 1 | **Registros Procesados:** 1 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $292,505.00 | **Valor Registros Procesados:** $292,505.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24577170168 | Corriente | 830054539 | PA COMFENALCO ANTI | 292,505.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-07-2021 |