| 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.:** | **5** | **SUPERVISION** X | DE SEGUIMIENTO | X | FINAL | ☐ | |
| | | **INTERVENTORIA** ☐ | PARA PAGO | X | | | |
| PERIODO DE SEGUIMIENTO | | Desde: | 01/10/2021 | Hasta: | 15/10/2021 | | |
| PERIODO PARA PAGO | | Desde: | 01/10/2021 | Hasta: | 15/10/2021 | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | ☐ | NÚMERO: | 4600012021 | | |
| **CONVENIO** | X | FECHA DE SUSCRIPCION: | 08/06/2021 | | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | 17/06/2021 | | |
| **OBJETO**: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Pedro Claver Aguirre de Toledo 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 / ASOCIADA:** | | | **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - DIRECCIÓN ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** | | |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE: | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE DEL MUNICIPIO DE TOLEDO** | | |
| | | NIT | 800.139.704-7 | | |
| **VALOR** [$]: | | INICIAL: | CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES CUATRCIENTOS UN MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/L ($187.401.173), 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** |
| | | | | N/A | N/A |
| | | VALOR TOTAL: | CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/L ($187.401.173), 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 | | |
| **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** | |
| | | | 17/06/2021 | 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 |

| 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 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | RPC NUMERO: | 4500053765 |
| | FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN): | 31/05/2021 |
| **TIENE GARANTIAS VIGENTES Y ACTUALIZADAS** | | NO APLICA |
| **IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:** | | 12029 |

| | | |
|---|---|---|
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL: | Luz Stella Franco Gaviria |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | N/A |

| | |
|---|---|
| **% DE EJECUCION FISICA** | 50% |
| **% DE EJECUCION DE RECURSOS** | 68% |

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

**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.**

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

| MES | VALOR A PAGAR |
|---|---|
| JUNIO | 83.444.067 |
| JULIO | 14.851.010 |
| AGOSTO | 14.851.010 |
| SEPTIEMBRE | 14.851.010 |
| OCTUBRE | 14.851.010 |
| NOVIEMBRE | 14.851.010 |
| DICIEMBRE | 29.702.056 |
| Total | **$187.401.173** |

**Porcentaje de ejecución física:** Corresponde al 50% del 100% que son las 14 cláusulas del convenio.
**Porcentaje de ejecución de Recursos**: Corresponde al 76% del 100% que es $187.401.173

Los pagos se realizarán de acuerdo a lo determinado en clausula quinta del convenio:
"**CLAUSULA QUINTA: VALOR Y FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS.** El valor del presente convenio es de **CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/L ($187.401.173) excluido 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. **PARAGRAFO 1:** Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: **1)** Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio, en el cual conste que el contratista presentó los soportes de información requeridos; **2)** Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el contratista presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el

Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría; **3)** Certificado de la cuenta bancaria de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; **4)** 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 en que se realiza la transacción. Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso."

## 2.1. SEGUIMIENTO TECNICO Y ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO:

| 2.1.1. RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FÍSICA | | |
|---|---|---|
| **POR PARTE DEL CONTRATISTA** | | |
| **ACTIVIDADES PROGRAMADAS** | **% EJECUCION** | **JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN** |
| De acuerdo al contrato:<br>Compromiso 1<br>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 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. | 100% | Se verifico que la ESE mantiene operando los servicios de salud habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) |
| Compromiso 2:<br>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. | 100% | La ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes, ha prestado sus servicios bajo los lineamientos y recomendaciones del Gobierno nacional y sus entidades centralizadas. |
| Compromiso 3:<br>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% | |
| Compromiso 4:<br>Cumplir con todos los reportes | 100% | La E.S.E. evidencia que realiza envío de los reportes frente al cumplimiento de lo |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | establecido en sistema de información para la salud (Reportes RIPS, SIVIGILA, etc.) |
| Compromiso 5:<br>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 encuentren afiliadas 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, hasta por el valor del mismo. Al finalizar la vigencia, la E.S.E. hará los ajustes presupuestales y contables y el cierre correspondiente. Si el valor de facturación por las atenciones en salud de las personas sin capacidad de pago 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 previo reconocimiento y aval para pago del Supervisor del convenio designado por la entidad territorial. El supervisor del convenio será responsable del control y seguimiento de la anterior obligación. | 0% | |
| Compromiso 6:<br>Reportar a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, en los primeros quince días de los meses subsiguientes a la firma del presente convenio, 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, no afiliada al SGSSS y que se atendieron en la E.S.E. en el mes inmediatamente anterior. Igualmente deben presentar, si no | 0% | |

| | | |
|---|---|---|
| lo han hecho, los RIPS de atenciones de población que cumple las condiciones mencionadas, que se hayan atendido desde el mes de enero de 2020 en la ESE. Se deben adjuntar a<br>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 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 2020, menos el 15%. Si la E.S.E tienen establecidas tarifas mediante acto administrativo debidamente formalizado, para servicios como transporte asistencial y otros, serán tenidas en cuenta por la supervisión. | | |
| Compromiso 7:<br>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 | 0% | |

| | | |
|---|---|---|
| Beneficios que tenga presencia en el municipio. La E.S.E. realizará trámite establecido para garantizar lo anterior. | | |
| Compromiso 8:<br>Presentar al Supervisor del Convenio, además de la información que demuestre el cumplimiento de las 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. | 100% | La institución presenta comprobantes de egreso, por un valor de $15.272.259 concepto pago salarios a los funcionarios y el pago de la seguridad social.<br>Además, presenta:<br>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, la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes de agosto 2021 |
| Compromiso 9:<br>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; | 0% | |
| Compromiso 10:<br>La ESE informará y remitirá certificado de cuenta bancaria de ahorros, 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. | 100% | La institución anexa certificado de cuenta activa ahorros No.64200000526 de Bancolombia |
| Compromiso 11<br>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…" | 100% | La asignación de las citas de odontología y medicina generales no exceden los tres (3) días hábiles, según certificado firmado por representante legal el indicador de calidad es de 1día. |
| Compromiso 12 | 100% | Cumplido se anexan los soportes: |

| | | |
|---|---|---|
| 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 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; .- Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución. | | 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal, 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el contratista presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría; 3) Certificado de la cuenta bancaria de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) 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 Contador, fotocopia de la cedula del contador, tarjeta profesional del contador, y fotocopia de la cédula de ciudadanía, igualmente se revisó la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción |
| Compromiso 13<br>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% | |
| Compromiso 14<br>Para efecto de todas 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 | 0% | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. 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. | | |

**POR PARTE DEL CONTRATANTE**

| ACTIVIDADES PROGRAMADAS | % EJECUCION | JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN |
|---|---|---|
| | | |
| De acuerdo al contrato:<br>Compromiso 1<br>Incorporar en el presupuesto de la vigencia 2021, los recursos que se comprometen en el presente convenio. | 100% | CUMPLIDO |
| Compromiso 2:<br><br>Emitir certificado de disponibilidad presupuestal. | 100% | CUMPLIDO |
| Compromiso 3:<br>Designar el supervisor del Convenio. | 100% | |
| Compromiso 4:<br>Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio. | 30% | Las demás serán revisadas en el próximo informe |
| Compromiso 5:<br>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. | 0% | |

| 2.1.2. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS | |
|---|---|
| 04/11/2021 | La Institución hace entrega de los soportes del cuarto pago efectuado . |

## 2.2. SEGUIMIENTO FINANCIERO DEL CONTRATO / CONVENIO:

| RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **OTROS** | **TOTAL** |
| 1. Recursos iniciales comprometidos | **187.401.173** | 0 | 0 | **$187.401.173** |
| 2. Adiciones | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS** | **187.401.173** | 0 | 0 | **187.401.173** |
| 4. Anticipos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Recursos pagados / desembolsados | **127.997.097** | 0 | 0 | **$127.997.097** |
| **6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS** | **127.997.097** | 0 | 0 | **$127.997.097** |
| 7. Recursos ejecutados | **142.848.107** | 0 | 0 | **$142.848.107** |
| 8. Recursos no ejecutados | **44.553.066** | 0 | 0 | **$44.553.066** |

## 2.3. ANOTACIONES ADICIONALES:

## 3. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

**FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:**

**"PARAGRAFO:** Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio, en el cual conste que el contratista presentó los soportes de información requeridos; 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el contratista presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría ; 3) Certificado de la cuenta bancaria de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) 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 en que se realiza la transacción.

**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.**

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

| | |
|---|---|
| Junio | 83.444.067 |
| Julio | 14.851.010 |
| Agosto | 14.851.010 |
| Septiembre | 14.851.010 |
| Octubre | 14.851.010 |
| Noviembre | 14.851.010 |
| Diciembre | 29.702.256 |
| TOTAL | **$187.401.173** |

Con el quinto pago de $14.851.010 se cancela el 76% de los recursos asignados PAC.

| CONCEPTO | FECHA | VALOR CONTRATO | VALOR PAGO / DESEMBOLSO | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | VALOR NETO A PAGAR | SALDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Inicial** | 17/06/21 | **$187.401.173** | | $0 | | **$187.401.173** |
| **Adiciones** | N/A | N/A | | | | N/A |
| **Pago No.1 / Desembolso** | 28/06/2021 | | $83.444.067 | $0 | $0 | **$103.957.106** |
| **Pago No.2 / Desembolso** | 13/08/2021 | | $14.851.010 | $0 | $0 | **$89.106.096** |
| **Pago No.3 / Desembolso** | 15/09/2021 | | $14.851.010 | $0 | $0 | **$74.255.086** |
| **Pago No.4 / Desembolso** | 12/10/2021 | | $14.851.010 | $0 | $0 | **$59.404.076** |
| **Pago No.5 / Desembolso** | 09/11/2021 | | $0 | $0 | $14.851.010 | **$44.553.066** |
| **TOTALES** | | **$187.401.173** | **$127.997.097** | $0 | $14.851.010 | |

**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/convenio se hará el siguiente pago/desembolso al contratista/asociado, correspondiente a la suma de CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DIEZ PESOS ($14.851.010) relacionada en el Pago No.5 de la tabla adjunta en el numeral 3. "CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS".

## 4 CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS.

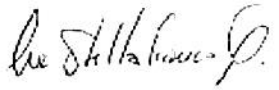
De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación, razón por la cual esta 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 | NA |

## 5. ANEXOS Y OBSERVACIONES ADICIONALES

1. Formato informe de seguimiento y pago No.5
2. 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 en que se realiza la transacción.
3. Comprobantes de egreso, donde evidencian el pago de nómina del talento humano que presta servicios de salud en el hospital Pedro Claver Aguirre del Municipio de Toledo.

Para constancia, se firma la presente acta el 09/11/2021



Nombre: LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# GOBERNACION DE ANTIOQUIA

## RECIBO A SATISFACCION



## NUMERO DE DOCUMENTO : 5000180560

| | | |
|---|---|---|
| **FACTURA:** INFORME 5 | **Nro ACTA:** | **DOC CAUSACION:** |
| **CODIGO PROVEEDOR:** 2400000025 | **NIT:** 8001397047 | **NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL PEDRO CLAVER DE TOLE |
| **Nro CONTRATO:** 4600012021 | **DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC | |
| **FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:** 08.06.2021 | **OBSERVACION:** | |

**PEDIDO:** 1. 4500053765 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 6 | | 0-PS3031 | 1000844 | PRESTACION DE SERVICIOS | 14851010 | UN | 1,000 | 0% | 1,0000 | 14.851.010,000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL NETO** | 14.851.010,000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL IVA** | 0,000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL** | 14.851.010,000 |

| REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD | | | DEDUCCIONES Y RETENCIONES | |
|---|---|---|---|---|
| 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

Luz Stella Franco Gaviria

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

2021 10 08 ****17,381,400.**

**ARUS S.A.
******DIEZ Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/L.**********

E.S.E. Hospital PEDRO CLAVER AGUIRRE Y.

# E.S.E. HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES

Nit: 800.139.704-7

| COMPROBANTE DE EGRESO: | OP 407 | Fecha: | Oct.08/2021 |
|---|---|---|---|

Proveedor: ARUS S.A. Nit/CC: 800.042.471

Vr Pagado: 17,381,400.

Cta. Banco: 07 -64200000526 Cheque:

Vr Cheque: 17,381,400.

Vr Letras: DIEZ Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/L.

Observaciones: ARUS DEL MES DE SEPTIEMBRE 2021

## VALORES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vr. Bruto: | 17,381,400. | Vr. Iva: | 0. |
| Vr. Retención: | 0. | Vr.Rete-Iva: | 0. |
| | 0. | | 0. |
| | 0. | | 0. |
| | 0. | | 0. |
| N-Crédito: | 0. | Vr.Descuento: | 0. |
| | | Vr.NETO: | 17,381,400. |

## RELACION FACTURAS

| Factura | Vr.Cancel | Fecha | Factura | Vr.Cancel | Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| FO 51933664 | 3,614,907.00 | 2021/09/30 | FL 51933664 | 13,766,493.00 | 2021/09/30 |

## IMPUTACION CONTABLE

| Cuenta | Nit | Centro De Costos | Valor |
|---|---|---|---|
| 1 1 10 06 02 | | | 17,381,400.00 |
| 2 4 24 01 01 | 800,227,940 | | 158,100.00 |
| 2 4 24 01 01 | 900,336,004 | | 3,150,500.00 |
| 2 4 24 01 01 | 800,170,043 | | 2,831,100.00 |
| 2 4 24 01 01 | 900,138,188 | | 939,400.00 |
| 2 4 24 02 01 | 900,156,264 | | 1,596,500.00 |
| 2 4 24 02 01 | 800,088,702 | | 3,548,700.00 |
| 2 4 24 08 01 | 860,011,153 | | 989,800.00 |
| 2 5 11 24 01 | 890,900,841 | | 1,732,900.00 |
| 2 4 90 50 02 | 899,999,034 | | 867,000.00 |
| 2 4 90 50 01 | 800,042,471 | | 1,300,000.00 |
| 2 4 24 02 01 | 900,604,350 | | 267,400.00 |

## IMPUTACION PRESUPUESTAL

| Vigencia | Unid Eje | Rubro | Valor |
|---|---|---|---|
| 2021 | 3232 | 1010302-1 | 1,154,844.00 |
| 2021 | 3232 | 1010302-2 | 1,630,350.00 |
| 2021 | 3232 | 1010302-4 | 287,300.00 |
| 2021 | 3232 | 1010302-5 | 543,800.00 |
| 2021 | 3232 | 1010402-1 | 272,000.00 |
| 2021 | 3232 | 1010402-2 | 407,900.00 |
| 2021 | 3232 | 1020302-1 | 2,525,724.00 |
| 2021 | 3232 | 1020302-2 | 3,565,875.00 |
| 2021 | 3232 | 1020302-4 | 702,500.00 |
| 2021 | 3232 | 1020302-5 | 1,189,100.00 |
| 2021 | 3232 | 1020402-1 | 595,000.00 |
| 2021 | 3232 | 1020402-2 | 892,100.00 |
| | | Total: | 13,766,493.00 |

Elaboro:BIBI Imprime: BIBI

Fecha Sistema:28/10/2021

Hora:8:18:57

Preparado Revisado Aprobado Contabilizado

AROS S.A.
**Firma y Sello Beneficiario**

| | E.S.E. HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES<br>Nit: 800.139.704-7 | | | |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E Hospital PEDRO CLAVER AGUIRRE Y. | COMPROBANTE DE EGRESO: | OP | Fecha: | Oct.08/2021 |

E.S.E Hospital PEDRO CLAVER AGUIRRE Y. Toledo-Antioquia

Empresa Social del Estado
**HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES**
**TOLEDO – ANTIOQUIA**
NIT. 800.139.704-7

Toledo, octubre 11 de 2021

**EL GERENTE Y CONTADOR DE LA**
**E.S.E. HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES**
**DEL MUNICIPIO DE TOLEDO – ANTIOQUIA**
**NIT. 800.139.704-7**

**CERTIFICA**

Que la Empresa Social del Estado Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes, del Municipio de Toledo, Antioquia, cumplió en los últimos seis (6) meses del año 2021, con el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social, de todos los empleados vinculados a la E.S.E. de acuerdo con lo establecido en los Artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999; al igual que cancelo las causaciones de aportes parafiscales a la Caja de Compensación Familiar, SENA e I.C.B.F. de acuerdo a la ley 89 de 1988.

Este certificado se expide a los once (11) días del mes de octubre (10) de dos mil veintiuno (2021) en cumplimiento a la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003 modificada por la Ley 1150 de 2020.

Cordialmente,

**ANDRES CAMILO JIMENEZ HERNANDEZ**
Gerente

**RAMON MARTIN ACEVEDO GONZALEZ**
Contador ESE
TP 59260-T

ARUS

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-10-08, 06:50:04 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | septiembre de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2021 |
| **Empresa** | ESE HOSPITAL PEDRO CLAVEL AGUIRRE TOLEDO |
| **NIT** | NI 800139704 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 51933664 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1159957932 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 17.381.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| NIt | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 7 | $ 2.831.100 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 2 | $ 939.400 | $ 0 |
| N800306084 | 25-14 | COLPENSIONES | 7 | $ 3.150.500 | $ 0 |
| N800227940 | 231001 | COLFONDOS | 1 | $ 158.100 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A. | 7 | $ 1.596.500 | $ 0 |
| N900604350 | EPS040 | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS (SAVIA SALUD) | 1 | $ 267.400 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 9 | $ 3.545.700 | $ 0 |
| N860011153 | 14-21 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 17 | $ 969.900 | $ 0 |
| N890903841 | CCF54 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA | 17 | $ 1.732.900 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SENA | 17 | $ 867.000 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 17 | $ 1.300.000 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 17.381.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 17.381.400 |



ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a recibir la información suministrada directamente por el cliente.

## OTALES

| Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IDC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 43.295.423 | $ 43.295.423 | $ 43.295.423 | $ 43.295.423 | $ 7.079.100 | $ 5.412.600 | $ 969.800 | $ 1.732.900 | $ 867.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 17.381.400 | $ 0 | $ 17.381.400 |

**npresa:** ESE HOSP PEDRO CLAVE **Nit:** 800139704
**suario:** Bibiana Yaned Puerta Villa

**9 de Octubre de 2021 8:56:54 AM**
**Dirección IP:** 181.138.61.65

**l última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el:** viernes, 08 de octubre de 2021 - 6:58 PM

## etalle de la transacción

| Información básica del evento / transacción | |
|---|---|
| **User id:** | HJV17hjv |
| **Fecha _ hora:** | 2021-10-08 18:52:51 |
| **Evento / transacción:** | Pago PSE |
| **Estado:** | Ejecutada |

| Detalle de la transacción | |
|---|---|
| **Tienda virtual o recaudador:** | ENLACE OPERATIVO S.A. |
| **Número de factura:** | 51933664 |
| **Identificación del contribuyente:** | 10.0.19.58 |
| **Concepto:** | NI |
| **Razón Social:** | 800139704 |
| **Descripción del pago:** | Pago de Seguridad Social |
| **Valor a pagar:** | $17,381,400.00 |
| **Fecha y hora de la transacción:** | 2021-10-08 18:53:09 |
| **Cuenta a debitar:** | 642-000005-26 |
| **Número de comprobante:** | 0000084483 |
| **Id usuario aprobador:** | andrescamilojh |

Regresar

COPYRIGHTS © 2000 - 2021 TODO1 SERVICES, INC. Todos los derechos reservados.

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-10-13, 02:59:12 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS **Numéro Planilla:** 51933664

**Periodo Cotización:** septiembre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021

## PAGADO 08/10/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

### OS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Social** | ESE HOSPITAL PEDRO CLAVEL AGUIRRE TOLEDO | | |
| **ento** | NI800139704 | **Dirección** | CLL CORDOBA 9 07 |
| **e Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 8619061 |
| **ersona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **d** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **sentante Legal** | JIMENEZ HERNADEZ ANDRES CAMILO | **Identificación** | CC 1017129310 |
| **Afiliados** | 17 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### ALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ión | Apellidos y nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Minsalud | Total |
| | ANDRES CAMILO JIMENEZ HERNANDEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 6.040.000 | $ 1.027.100 | (EPS037) EPS SURA | $ 6.040.000 | $ 765.100 | 2.436 | $ 6.040.000 | $ 147.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 6.040.000 | $ 241.700 | $ 120.900 | $ 181.100 | $ 0 | $ 0 | $ 2.455.900 |
| | YURLEY TATIANA CORTONAS DIAZ | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF01) PROTECCION (IVC + PROTECCION) | $ 2.674.000 | $ 459.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.674.000 | $ 339.000 | 2.436 | $ 2.674.000 | $ 65.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.674.000 | $ 107.000 | $ 53.500 | $ 80.200 | $ 0 | $ 0 | $ 1.086.100 |
| | MARIA ALEJANDRA GONZALEZ MADRIGAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | (CCF02) PROTECCION (IVC + PROTECCION) | $ 1.797.740 | $ 287.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.797.740 | $ 224.800 | 0.000 | $ 1.797.740 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.797.740 | $ 72.000 | $ 36.000 | $ 54.000 | $ 0 | $ 0 | $ 674.500 |
| | MARIA ALEJANDRA GONZALEZ MADRIGAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | (CCF02) PROTECCION (IVC + PROTECCION) | $ 1.188.500 | $ 190.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.188.500 | $ 148.500 | 2.436 | $ 1.188.500 | $ 29.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.188.500 | $ 48.000 | $ 24.000 | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 475.900 |
| | CAROLINA MARIA PIEDRAHITA FRANCO | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 4.510.514 | $ 767.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 4.510.514 | $ 564.000 | 2.436 | $ 4.510.514 | $ 110.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.510.514 | $ 180.400 | $ 90.200 | $ 135.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.849.200 |
| | YULIANA DEL CARMEN PUGLIESE | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 2.967.000 | $ 476.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.967.000 | $ 370.900 | 2.436 | $ 2.967.000 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.967.000 | $ 118.600 | $ 59.300 | $ 89.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.093.200 |
| | MANUEL LA CUEVAS CASTAÑEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 4.400.000 | $ 703.900 | (EPS037) EPS SURA | $ 4.400.000 | $ 550.000 | 2.436 | $ 4.400.000 | $ 107.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.400.000 | $ 176.000 | $ 88.000 | $ 132.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.806.900 |
| | YENNY MARCELA GARCIA ARBOLEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 2.159.159 | $ 345.400 | (EP5005) SANA SALUD | $ 2.159.159 | $ 267.600 | 2.436 | $ 2.159.159 | $ 52.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.159.159 | $ 86.300 | $ 43.200 | $ 64.800 | $ 0 | $ 0 | $ 864.500 |
| | ROBELLA ESTUDA HOYOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 1.851.200 | $ 296.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.851.200 | $ 231.400 | 2.436 | $ 1.851.200 | $ 45.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.851.200 | $ 74.100 | $ 37.100 | $ 55.600 | $ 0 | $ 0 | $ 739.500 |
| | MARIA EUGENIA HERNANDEZ GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 3.483.140 | $ 512.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 3.483.140 | $ 243.800 | 2.436 | $ 3.550.140 | $ 47.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.550.140 | $ 139.600 | $ 69.800 | $ 104.700 | $ 0 | $ 0 | $ 1.119.500 |
| | SUAREZ RAMIREZ PEDRO ROMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 2.066.312 | $ 330.700 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.066.312 | $ 258.300 | 2.436 | $ 2.066.312 | $ 50.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.066.312 | $ 82.700 | $ 41.300 | $ 62.000 | $ 0 | $ 0 | $ 825.900 |
| | OLAVES ELENA RENDON ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 886.104 | $ 143.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 886.104 | $ 112.300 | 0.000 | $ 886.104 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 886.104 | $ 35.500 | $ 18.000 | $ 26.900 | $ 0 | $ 0 | $ 342.200 |
| | OLAVES ELENA RENDON ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 567.403 | $ 55.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 567.403 | $ 74.100 | 2.436 | $ 567.403 | $ 14.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 567.403 | $ 23.000 | $ 12.000 | $ 18.000 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 |
| | GIOCONDA YANDELI PUENTES VELEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 1.493.556 | $ 241.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.493.556 | $ 194.200 | 2.436 | $ 1.493.556 | $ 36.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.493.556 | $ 59.800 | $ 29.900 | $ 44.900 | $ 0 | $ 0 | $ 609.200 |
| | LEIDY VALENTINA MUÑOZ [illegible] | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 1.395.795 | $ 223.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.395.795 | $ 174.500 | 2.436 | $ 1.395.795 | $ 34.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.395.795 | $ 55.900 | $ 28.000 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 567.700 |
| | DIANA PATRICIA MUÑOZ ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (ES 14) COMPENSAR PAES | $ 1.493.500 | $ 241.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.493.500 | $ 194.200 | 2.436 | $ 1.493.500 | $ 36.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.493.500 | $ 59.800 | $ 29.900 | $ 44.900 | $ 0 | $ 0 | $ 609.200 |
| | LUZ MARINA ARENAS OSPINO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 11 | 30 | 30 | (CCF01) COLFONDOS | $ 967.519 | $ 155.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 967.519 | $ 120.500 | 2.436 | $ 967.519 | $ 23.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 967.519 | $ 38.700 | $ 19.300 | $ 29.000 | $ 0 | $ 0 | $ 394.500 |
| | LUIS AYDE BARRERA MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 2.235.020 | $ 361.700 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.235.020 | $ 279.400 | 2.436 | $ 2.235.020 | $ 54.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.235.020 | $ 89.500 | $ 44.800 | $ 67.100 | $ 0 | $ 0 | $ 912.500 |
| | JORGE MARIO RESTREPO GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | (CCF03) PORVENIR | $ 2.264.449 | $ 366.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.264.449 | $ 283.000 | 2.436 | $ 2.264.449 | $ 55.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.264.449 | $ 90.600 | $ 45.300 | $ 68.000 | $ 0 | $ 0 | $ 924.600 |



IUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517808.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

E.S.E Hospital PEDRO CLAVER AGUIRRE Y.

# E.S.E HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES

## PROCESO FINANCIERA

**Código Serie:** 113-3.11
**Versión:** 01

## ORDEN DE PAGO DEFINITIVA

**ORDEN DE PAGO DEFINITIVA:** 407 **FECHA DE REGISTRO:** Oct.08/2021

**BENEFICIARIO:** ARUS S.A. **NIT:** 800.042.471
**POR CONCEPTO DE:** ARUS DEL MES DE SEPTIEMBRE 2021

**TIPO DOC.:** OP **NOMBRE DOCUMENTO:** ORDEN DE PAGO **NUMERO:** 407

| DEDUCCIONES | VALOR DEDUCCION | DEDUCCIONES | VALOR DEDUCCION |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL: | 17,381,400.00 | RETEF: | | IND.CIO: | |
| DEDUCCIONES: | | RETIVA: | | TIMBRE: | |
| NOMOTROS | | DESCUENTO | | VALOR NETO A PAGAR: | 17,381,400.00 |

### IMPUTACION CONTABLE

| Cuenta | Nombre de la cuenta | Debitos | Creditos |
|---|---|---|---|
| 24240101 | APORTES A FONDOS PENSIONALES | | 1,882,875.00 |
| 24240201 | APORTES A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | | 1,732,032.00 |
| 51030301 | COTIZACIONES A SALUD | 543.456.00 | |
| 51030302 | COTIZACION A PENSION | 604.050.00 | |
| 73010503 | COTIZACION A SALUD | 1.188.576.00 | |
| 73010507 | COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES | 1.278.825.00 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### IMPUTACION PRESUPUESTAL

| Cuenta Presupuestal | Tipo de Gasto | CDP | Fecha CDP | No. RP | Fecha RP | Valor RP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 110101040201 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 1,154,844.00 |
| 110101040202 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP 30/2021 | 1,630,350.00 |
| 110101040204 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 287,300.00 |
| 110101040205 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 543,800.00 |
| 110101050101 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 272,000.00 |
| 110101050102 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 407,900.00 |
| 110102040201 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 2,525,724.00 |
| 110102040202 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 3,565,875.00 |
| 110102040204 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 702,500.00 |
| 110102040205 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP 30/2021 | 1,189,100.00 |
| 110102050101 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 595,000.00 |
| 110102050102 | FUNCIONAMIENTO | D21279 | SEP. / | C21279 | SEP.30/2021 | 892,100.00 |
| | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Elaboro Por<br>BIBIANA YANE | Revisado por: |
| Aprobado por: | Ordenador del gasto: |



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

59269-T

RAMON MARTIN
ACEVEDO GONZALEZ
C.C. 71648582
RESOLUCION INSCRIPCION 82 FECHA 16/07/90
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Presidente

0006335



FIRMA DEL TITULAR

016951

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

7 1 6 4 8 5 8 2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA NÚMERO
71.640.502

APELLIDOS
ACEVEDO GONZALEZ

NOMBRES
RAMON MARTIN





FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1963
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 | O+ | M
ESTATURA | G.S. RH | SEXO

14-DIC-1981 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0115100-20163202-M-0071640502-20071219 01349 07353O 02 251479314

RANCOGA