MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Código: GJC-F-001 Version: 003 Fecha: 31/05/2022

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL				
Número de pago:	1	Total de pagos:	1	Fecha:	26/06/2023
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	22/06/2023		OPS:		
Fecha de inicio:	23/06/2023		Contrato:	X	
Fecha de terminación:	30/12/2023		Resolución:		
Duración:	6 MESES Y 8 DIAS		Factura:	10-2023	
Número:	021		Convenio:		
Periodo a pagar:	DESDE EL 23/06/2023 AL 30/12/2023				
N° CDP:	341		Fecha del CDP:	05/06/2023	
N° RP:	0611		Fecha del RP:	22/06/2023	
Objeto Contractual:	AUNAR ESFUERZOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN LA ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO; CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y A LOS CONVENIOS SUSCRITOS CON LAS DIFERENTES EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLAN DE BENEFICIOS (EAPB)				
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO:		Suspensión No:		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)					
Adición:	SI: NO:		Tiempo ampliación del plazo:		
Numero de Adicion			Fecha de terminación:		
N° CDP:			Fecha del CDP:		
N° RP:			Fecha del RP:		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN				
Tipo de documento:	NIT				
Identificación:	890.981.848-6				
Dirección:	CARRERA 10 N°23-08				
Número de Teléfono:	6048585997				
Banco:	AGRARIO DE COLOMBIA				
Número de cuenta:	0-1386-000002-8				
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:		
Actividad IICA- Código CIIU:	8610		Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: X NO:	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor inicial del contrato:	$ 25.733.750	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	$ 0	$ 0	$ 0
Valor solicitado:	15.000.000	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	10.733.750	$ 0	$ 0
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor inicial de la adicion:	0	$ 0	$ 0
Valor pagado de adicion:	0	Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:	0	$ 0	$ 0
Saldo:	0	Noveno Pago	Decimo Pago
EJECUCION		$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	58%	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.

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: __X_ NO: __ N/A ____	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: __X___ NO: _____ N/A ____
# De Folios	6		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por la Contratista ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN se evidencia el cumplimiento del 58% de las actividades establecidas en el contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO

C.C.: 8473503

CARGO: SECRETARIO DE PROTECCION SOCIAL