

 MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO		Código: GJC-F-001		
	PROCESO: GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRATACIÓN		Versión: 003		
			Fecha: 31/05/2022		
DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL				
Número de pago:	1	Total de pagos:	6	Fecha: 08/08/2023	
ACTO ADMINISTRATIVO					
Fecha de suscripción:	09/06/2021	OPS:			
Fecha de inicio:	21/06/2023	Contrato:	X		
Fecha de terminación:	30/11/2023	Resolución:	N°S2023060052521		
Duración:	6 MESES Y 10 DIAS	Factura:	14-2023		
Número:	007	Convenio:			
Periodo a pagar:	DESDE EL 21/06/2023 AL 20/07/2023				
N° CDP:	315	Fecha del CDP:	24/05/2023		
N° RP:	0579	Fecha del RP:	09/06/2023		
Objeto Contractual:	FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES, EN EL MARCO DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD-APS CON RECURSOS DE CONCURRENCIA DEPARTAMENTAL, TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO MEDIANTE RESOLUCIÓN S 2023060052521 DE ABRIL 28 DE 2023.				
Requiere Informe Actividades:	SI: ☒ NO: ☐	Suspensión No:			
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)					
Adición:	SI: ☐ NO: ☐	Tiempo ampliación del plazo:			
Número de Adición		Fecha de terminación:			
N° CDP:		Fecha del CDP:			
N° RP:		Fecha del RP:			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA					
Nombre:	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:	4-1386-000797-8				
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: ☐	Período:			
Actividad IICA- Código CIU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: ☒ NO: ☐		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO					
Valor Inicial del contrato:	\$ 35,976,680	Primer Pago	Segundo Pago		
Valor pagado:	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
Valor solicitado:	13,510,320	Tercer pago	Cuarto pago		
Saldo:	22,466,360	\$ 0	\$ 0		
ADICION		Quinto Pago	Sexto Pago		
Valor Inicial de la adición:	0	\$ 0	\$ 0		
Valor pagado de adición:	0	Séptimo Pago	Octavo Pago		
Valor solicitado de adición:	0	\$ 0	\$ 0		
Saldo:	0	Noveno Pago	Decimo Pago		
EJECUCION		\$ 0	\$ 0		
Porcentaje de Ejecución Presupuestal	37%	Onceavo Pago	Doceavo Pago		
Porcentaje de Ejecución de Adición	%	\$ 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 (Adición)					
	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: ☒ 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	32		
OBSERVACIONES:			
Según las actividades realizadas por la Contratista ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN se evidencia el cumplimiento del 37% de las actividades establecidas en el contrato.			
<div style="text-align: center;">  </div>			
FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:		JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:		8473503	
C.C.:		SECRETARIO DE PROTECCION SOCIAL	
CARGO:			