# FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

| VERSIÓN: 001 | | | | | | Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia:** | **SECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES** | **Número de pago:** | **2** | **Total de pagos:** | **7** | **Fecha:** | **05 DE SEPTIEMBRE DE 2024** |

## ACTO ADMINISTRATIVO

| Marque con "X" | | DATOS ESPECÍFICOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPS | | Número: | 150-11-01-015-2024 | | | Fecha de iniciación: | 22 DE JUNIO DE 2024 | | |
| CONTRATO | | Fecha de suscripción: | 22 DE JUNIO DE 2024 | | | Fecha de terminación: | 30 DE DICIEMBRE DE 2024 | | |
| RESOLUCIÓN | | N° CDP: | 483 | Fecha | 07 DE JUNIO DE 2024 | Duración: | 6 | Meses | 8 Días |
| FACTURA | | N° RP: | 963 | Fecha : | 22 DE JUNIO DE 2024 | Periodo a pagar: | | | JULIO DE 2024 |
| CONVENIO | X | Requiere Informe: | SI: X | NO: | | Suspensión No.: | | En tiempo: | |
| | | Entregó Informe: | SI: X | NO: | | Prorroga: No.: | | En tiempo: | |

| | |
|---|---|
| ***Objeto:*** | APOYAR LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS DE LA OPRACION CORRIENTE DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO SAN RAFAEL DE VENECIA, DEACUERDO A LA RESOLUCION 484 DE 2024 |

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA | | | | | | | | |
| Identificación: | Tipo de documento: | Cédula | X | Nit. | | Número: | 890.980.367 | DV. | |
| Dirección: | CALLE 52 #50-82 | | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | 8490313 | | | FAX: | | | CEL. | - | |
| Clase y número de cuenta: | Corriente: | | Ahorros | X | Número | 3,987E+11 | Banco: | DAVIVIENDA | |

**ASPECTOS TRIBUTARIOS**

| Marque con "X" | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Persona Natural: | X | Persona Jurídica: | | - |
| Gran Contribuyente: | - | Autoretenedor: | | - |
| IVA Régimen Común: | - | Entidad sin ánimo de lucro | | - |
| Actividad IICA- Código CIIU: | | 8610 | Tarifa: | - |
| He verificado de esta información frente al RUT : | | | SI: X | NO: |

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

| | | |
|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato: | | $ 226.897.261,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Adición No. | | $ 0,00 |
| Valor Total del contrato: | | $ 226.897.261,00 |

**Valor pagado:**

| Anticipo | $ 0,00 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primer Pago | Segundo Pago | Tercer pago | Cuarto pago | Quinto Pago | Sexto Pago |
| $32.413.894,00 | $32.413.894,00 | $ 0,00 | **$ 0,00** | $ 0,00 | $ 0,00 |
| Septimo Pago | Octavo Pago | Noveno Pago | Decimo Pago | Onceavo Pago | Doceavo Pago |
| $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |

| | |
|---|---|
| Total Pagado: | $ 32.413.894,00 |
| Valor a pagar en el periodo: | **$ 32.413.894,00** |
| Saldo: | $ 162.069.473,00 |

**AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El contratista presentó el informe correspondiente: | SI: x | NO: | # de folios: | 25 |
| El informe cumple con lo estipulado en el contrato: | SI: x | NO: | | |
| Se remitió al Comité de contratación: | SI: | NO: X | Fecha: | |
| Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados: | | | | |

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

**Persona Natural:**

| Aportes a Salud | | | Aportes a Pensión | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado $ | 13.209.600 | Periodo JULIO DE 2024 | Valor pagado $ | 17.783.000 | Periodo JULIO DE 2024 |
| Comprobante de pago Número: | 726999253 | | Comprobante de pago Número: | 726999253 | |
| Fecha de pago: | 15 DE AGOSTO DE 2024 | | Fecha de pago: | 15 DE AGOSTO DE 2024 | |

| Aportes ARP | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor pagado $ | 2.400.900 | Periodo JULIO DE 2024 | Pensionado: | SI: | NO: X | |
| | | | Certificación: | SI: | NO: x | |

**Persona Jurídica:** Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

**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 aporte a pensión SI: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ

C.C.: 70563198.0

CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DEPORTE



06/09
4 x 8

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-07-15, 12:38:25 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2024 |
| **Empresa** | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA |
| **NIT** | NI 890980367 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 72056290 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 777580588 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 42.997.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 9 | $ 4.760.700 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 8 | $ 6.415.100 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 13 | $ 6.650.800 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 10 | $ 2.625.800 | $ 0 |
| N900604350 | EPS040 | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | 1 | $ 214.100 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 19 | $ 10.413.300 | $ 0 |
| N800226175 | 14-25 | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES | 30 | $ 2.371.900 | $ 0 |
| N890900842 | CCF03 | COMFENALCOANTIOQUIACCF | 30 | $ 4.242.300 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN | 30 | $ 2.122.100 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | ICBF | 30 | $ 3.181.700 | $ 0 |
| | | | **SubTotales:** | $ 42.997.800 | $ 0 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 42.997.800 |



**Enlace Operativo, 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.**

**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 replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

EXPERTOS en PILA

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-08-15, 11:35:03 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2024 |
| **Empresa** | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA |
| **NIT** | NI 890980367 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 72699253 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 846062192 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 42.907.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 8 | $ 4.977.800 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 8 | $ 6.259.300 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 13 | $ 6.545.900 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 9 | $ 2.378.400 | $ 0 |
| N900604350 | EPS040 | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | 1 | $ 212.600 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 19 | $ 10.618.600 | $ 0 |
| N800226175 | 14-25 | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES | 29 | $ 2.400.900 | $ 0 |
| N890900842 | CCF03 | COMFENALCOANTIOQUIACCF | 29 | $ 4.228.000 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN | 29 | $ 2.115.100 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | ICBF | 29 | $ 3.171.300 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 42.907.900 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 42.907.900 |



**Enlace Operativo, 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.**

**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 replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

EXPERTOS en PILA