



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

VERSIÓN: 001

Página: 1 de 1

Dependencia:

SECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES

Número de pago:

4

Total de

pagos:

8

Fecha:

27 DE SEPTIEMBRE DE 2024

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"	DATOS ESPECÍFICOS					
OPS	Número:	150-11-01-005-2024		Fecha de iniciación:	25 DE MARZO DE 2024	
CONTRATO	Fecha de suscripción:	22 DE MARZO DE 2024		Fecha de terminación:	31 DE DICIEMBRE DE 2024	
RESOLUCIÓN	N° CDP:	237	Fecha:	20 de marzo de 2024	Duración:	9 Meses 7 Días
FACTURA	N° RP:	437	Fecha:	25 de marzo de 2024	Periodo a pagar:	01 AL 30 DE AGOSTO DE 2024
CONVENIO	Requiere Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Suspensión No.:	En tiempo: ☐		
	Entregó Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Proroga No.:	En tiempo: ☐		

Objeto:

AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE VENECIA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA ANTIOQUIA, PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL AÑO 2024

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA					
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit	Número:	890980367-0 DV
Dirección:						
Número de Teléfono:	FAX: CEL:					
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros:	X	Número:	3,987E+11	Banco: DAVIVIENDA
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	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: ☒ NO: ☐			

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	\$ 173.338.940,00
Adición No. _____	\$ 0,00
Adición No. _____	\$ 0,00
Adición No. _____	\$ 0,00
Valor Total del contrato:	\$ 173.338.940,00
Valor pagado:	Anticipo \$ 0,00
	Primer Pago Segundo Pago Tercer pago
	\$ 18.177.164,00 \$ 24.744.923,00 \$ 6.798.070,00
	Cuarto pago Quinto Pago Sexto Pago
	\$ 17.928.608,00 \$ 0,00 \$ 0,00
	Septimo Pago Octavo Pago Noveno Pago
	\$ 0,00 \$ 0,00 \$ 0,00
	Decimo Pago Onceavo Pago Doceavo Pago
	\$ 0,00 \$ 0,00 \$ 0,00
Total Pagado:	\$ 49.720.157,00
Valor a pagar en el periodo:	\$ 17.928.608,00
Saldo:	\$ 105.690.175,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: ☒ NO: ☐	# de folios: 21
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: ☒ NO: ☐	
	Se remitió al Comité de contratación:	SI: ☐ NO: ☐	
	Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:	SI: ☐ NO: ☒	Fecha: _____

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:	Aportes a Salud		Aportes a Pensión				
	Valor pagado \$	12.650.500	Periodo	01 AL 30 DE AGOSTO DE 2024	Valor pagado \$	17.069.600	Periodo	01 AL 30 DE AGOSTO DE 2024
	Comprobante de pago Número:	72700708		Comprobante de pago Número:	72700708			
	Fecha de pago:	12 DE SEPTIEMBRE DE 2024		Fecha de pago:	12 DE SEPTIEMBRE DE 2024			
	Aportes ARP	Valor pagado \$	2.288.300	Periodo	01 AL 30 DE AGOSTO DE 2024	Pensionado:	SI: ☐ NO: ☒	
					Certificación:	SI: ☐ NO: ☒		
	Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:		SI: ☐ NO: ☒				

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: ☒ NO: ☐Copia de aporte a salud SI: ☒ NO: ☐
Copia aporte ARP SI: ☒ NO: ☐FIRMA DEL SUPERVISOR
NOMBRE DEL SUPERVISOR:
C.C.:
CARGO:JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ
70.683.198
SECRETARIO DE SALUD Y DEPORTESECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES
Carrera 51 # 50 - 19 - Piso 1- Tel: 604) 849 10 54
E mail: salud@venecia-antioquia.gov.co

Web oficial: www.venecia-antioquia.gov.co

9/10



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	2024-09-12, 01:19:36 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2024
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	72700708
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	909057525
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 41.119.700
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	9	\$ 5.572.700	\$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	6	\$ 4.970.900	\$ 0
N900338004	25-14	COLPENSIONES	13	\$ 6.526.000	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	\$ 2.320.600	\$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	\$ 208.000	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	18	\$ 10.122.000	\$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	28	\$ 2.288.300	\$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	28	\$ 4.049.000	\$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	28	\$ 2.025.300	\$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	28	\$ 3.037.000	\$ 0

SubTotales: \$ 41.119.700 \$ 0
Total a Pagar: \$ 41.119.700

