# GOBERNACIÓN DEL CESAR
## INFORME DE ACTIVIDADES

**CA093024051**
**30-09-2024 11:43:36 a.m.**



**DATOS DEL CONTRATISTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos | E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS | c.c o NIT | 892300175-4 | Teléfono | 3166228642 |
| Clasificación P.N | N/A | Dependientes | NO | ¿Es Pensionado? | NO |
| Régimen | NO RESPONSABLE DE IVA | Pens. Voluntarias | $ 0,00 | ¿Es Declarante de Renta? | NO |
| No. Cuenta Bancaria | 2820100011881 | | | Intereses Vivienda | $ 0,00 |
| Tipo de Cuenta | CORRIENTE | | | | |
| Banco al cual Consignar | BBVA COLOMBIA | ¿Sus Ingresos en el 2023 Superaron $ 59.377.000,00? | | | SI |

**DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. del contrato | 2024030009 | No. RP | 3911 | Modalidad Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS) | Informe No. | 4 de 9 |
| No. del Proceso SECOP II | CO1.PCCNTR.6393216 | Periodo Cobrado | del 01/08/2024 al 30/08/2024 | ¿Factor Multiplicador en Retefuente? | | NO | |
| Tipo de Contrato | OTRO | Justificación de la Modalidad | | CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR) | | | |

**OBJETO**
CONCURRIR EN LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE CHIRIGUANÁ - CESAR

**FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS**
El Departamento del Cesar, realizará un primer desembolso retroactivo, correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2024, equivalente a DOSCIENTOS SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS ($206.367.012,53) M/L previo al cumplimiento de los siguientes requisitos: a. Que se haya perfeccionado el contrato con la firma de las partes. b. Que se haya expedido por la Gobernación del Cesar el correspondiente registro presupuestal. c. Que se haya Constituido por parte del Contratista, la Garantía Única de amparo de Primer Desembolso. d. Que se presente la cuenta de cobro respectiva por parte del Conviniente con todos sus soportes. e. Que se presente la autorización escrita del Supervisor para el desembolso del pago Y siete desembolsos iguales mensuales por valor de CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS CON CINCUENTA Y UN CENTAVO ($41.273.402,51) M/L, previo cumplimiento de las metas mensuales pactadas, debidamente certificadas por el supervisor del convenio. Y un noveno desembolso por valor de QUINCE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON OCHENTA Y DOS CENTAVOS ($15.317.963,82) M/L correspondiente al 3% del total del convenio, en cumplimiento a lo descrito en el artículo 8, numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024 “El valor a girar de manera mensual, precisando los requisitos o condiciones para los respectivos desembolsos. Dejando un porcentaje no superior al 5% del valor del contrato para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones. NOTA: Dichos desembolsos requerirán además de la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor del contrato, paz y salvo de los pagos al sistema de seguridad social integral (AFP, EPS y ARL) y parafiscales: SENA, ICBF y CCF, conforme los requerimientos de ley.

| No. de Poliza | Amparo | Valor Amparado | Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|---|---|---|
| 3935505–1 | CUMPLIMIENTO | $ 51.059.879,00 | 04/06/2024 | 30/06/2025 |
| 3935505–1 | BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO | $ 211.870.132,87 | 04/06/2024 | 30/04/2025 |
| 3935505–1 | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES O INDEMNIZACIONES LABORES | $ 25.529.940,00 | 04/06/2024 | 30/12/2027 |

| | |
|---|---|
| Valor Antes de Iva | $ 41.273.402,51 |
| Más: IVA | $ 0,00 |
| Valor Total | $ 41.273.402,51 |
| Menos: Amortización | $ 0,00 |
| Menos: Glosa | $ 0,00 |
| Valor Neto a Cobrar | $ 41.273.402,51 |

| DOCUMENTO SOPORTE DEL COBRO | |
|---|---|
| Cuenta de Cobro | ☐ |
| Factura | ☒ |
| Inf. de Actividades | ☐ |

| SOLO PARA CONTRATOS DE OBRA | | |
|---|---|---|
| Administración | 0 % | $ 0,00 |
| Imprevistos | 0 % | $ 0,00 |
| Utilidades | 0 % | $ 0,00 |

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**

| Mes Cotizado | No. Planilla | Salud | Pensión | ARL | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AGOSTO - 2024 | 9472296927 | $ 15.411.300,00 | $ 20.239.300,00 | $ 2.891.600,00 | $ 10.681.400,00 | $ 49.223.600,00 |
| AGOSTO - 2024 | 9472296937 | $ 4.634.400,00 | $ 5.535.400,00 | $ 904.400,00 | $ 3.338.000,00 | $ 14.412.200,00 |

**PAGO DE IMPUESTOS**

| Impuesto | No. Liquidación | Valor Base | Tarifa | Valor Impuesto |
|---|---|---|---|---|

**PARA LOS EFECTOS LEGALES Y BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO, MANIFIESTO QUE**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual descritas en el formato anexo.
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, que los aportes Voluntarios a cuentas AFC y FVP, corresponden a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.
3. Que pertenezco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación P.N."
4. Toda la información aquí suministrada es verídica.

RADICADO

**FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II**
**#FE092524054**

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS
**CONTRATISTA**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos | E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS | | | c.c o NIT | 892300175-4 | Teléfono | 3166228642 |
| **DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | | |
| No. del contrato | 2024030009 | No. RP | 3911 | Modalidad Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS) | Informe No. | 4 de 9 |
| No. del Proceso SECOP II | CO1.PCCNTR.6393216 | Periodo Cobrado | del 01/08/2024 al 30/08/2024 | ¿Factor Multiplicador en Retefuente? | | | NO |
| Tipo de Contrato | OTRO | Justificación de la Modalidad | | CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR) | | | |

| ITEM | OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES |
|---|---|---|
| 1 | Garantizar con sus recursos propios la consecución de los indicadores establecidos. | La ESE Garantiza con sus recursos propios la consecución de los indicadores establecidos. |
| 2 | Suministrar los informes en los plazos estipulados. | la ESE Suministra los informes en los plazos estipulados. |
| 3 | Garantizar durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique. | La ESE Garantiza durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique. |
| 4 | Cumplir con las CONDICIONES PARTICULARES DE ATENCION, descritas en este estudio previo. | La ESE Cumple con las CONDICIONES PARTICULARES DE ATENCION, descritas en este estudio previo. |
| 5 | Garantizar el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar. | La ESE Garantiza el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar. |
| 6 | Garantizar con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salud. | La ESE Garantiza con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salud. |
| 7 | Cumplir las demás inherentes al objeto contractual. | La ESE Cumple con las demás inherentes al objeto contractual. |