

 MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO	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: 002	
			Fecha: 03/09/2021	
DEPENDENCIA	secretaría de salud y protección social			
Número de pago: 03	Total de pagos: 6		Fecha: 30 de septiembre de 2024	
ACTO ADMINISTRATIVO				
Fecha de suscripción:	31 de mayo de 2024	OPS:		
Fecha de inicio:	04 de junio de 2024	Contrato:	X	
Fecha de terminación:	03 de diciembre de 2024	Resolución:		
Duración:	Seis (6) meses	Factura:	06-2024	
Número:	CI N. 912	Convenio:		
Periodo a pagar:	Desde el 01 hasta el 30 de agosto de 2024			
N° CDP:	227	Fecha del CDP:	08/04/2024	
N° RP:	0594	Fecha del RP:	31/05/2024	
Objeto Contractual:	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN DEL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO-ANTIOQUIA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN NUMERAL 52.2 DEL ARTICULO 52 DE LA LEY 715 DE 2001, MODIFICADO POR EL ARTICULO 236 DE LA LEY 1955 DE 2019 Y LA RESOLUCIÓN 484 DE 2024.			
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO:	Suspensión No:		
ACTO ADMINISTRATIVO (Adición)				
Adición:	SI: NO:	Tiempo ampliación del plazo:		
Número de Adición	N°1	Fecha de terminación:		
N° CDP:		Fecha del CDP:		
N° RP:		Fecha del RP:		
Adición:	SI: X 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 No.			
Identificación:	890.981.848-6			
Dirección:	CARRERA 10 N°23-08			
Número de Teléfono:	6048585997			
Banco:	AGRARIO DE COLOMBIA			
Número de cuenta:	4-1386-000002-8			
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: X NO:	Aportes a Pensión:		
Autoretenedor:	SI: NO:	Aportes ARL:		
Entidad sin ánimo de lucro	SI: NO:	Periodo:		
Actividad ICA- Código CIRU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: X NO:	
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO				
Valor Inicial del contrato:	\$ 266.347.475,00	Primer Pago	Segundo Pago	
Valor pagado:	\$ 88.782.492,00	\$ 44.391.246,00	\$ 44.391.246,00	
Valor solicitado:	\$ 44.391.246,00	Tercer pago	Cuarto pago	
Saldo:	\$ 133.173.738,00			
ADICION 01		Quinto Pago	Sexto Pago	
Valor Inicial de la adición:		Séptimo Pago	Octavo Pago	
Valor pagado de adición:		\$ 0	\$ 0	
Valor solicitado de adición:		Noveno Pago	Decimo Pago	
Saldo:	\$ -			
ADICION 02		Decimo primer pago	Decimo Segundo pago	
Valor Inicial de la adición:		Decimo tercer pago	Decimo cuarto pago	
Valor pagado de adición:		Decimo quinto pago	Decimo sexto pago	
Valor solicitado de adición:				
Saldo:	\$ -			
EJECUCIÓN				
Porcentaje de Ejecución Presupuestal	50%			
Porcentaje de Ejecución de las Adiciones				
POLIZAS				
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				
POLIZAS (Adición 1 y 2)				
No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento				
B - Anticipo				

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	Folios 17				
OBSERVACIONES: Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BEL RÁN, se evidencia el cumplimiento del 50% de las actividades establecidas en el contrato.					
FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Laura Marcela Gonzalez Lopez C.C.: 1036336227 CARGO: Secretaria de salud y protección social					

Total Silva
 30-09-2024