MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Código: GJC-F-001 Versión: 002 Fecha: 03/09/2021

DEPENDENCIA	secretaria de salud y proteccion social	
Número de pago: 4	Total de pagos: 6	Fecha: 16/12/2024

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:	09-2024
Número:	CI N. 012	Convenio:	
Período a pagar:	Desde el 01 hasta el 30 de octubre de 2024		
N° CDP:	227	Fecha del CDP:	08/04/2024
N° RP:	0584	Fecha del RP:	31/05/2024
Objeto Contractual:	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICION 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 62.2 DEL ARTICULO 62 DE LA LEY 715 DE 2001, MODIFICADO POR EL ARTICULO 235 DE LA LEY 1955 DE 2019 Y LA RESOLUCION 484 DE 2024.		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: ____	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	SI: ____ NO: x	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion		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:	
Autorretenedor:	SI: ____ NO: ____	Aportes ARL:	
Entidad sin ánimo de lucro	SI: ____ NO: ____	Periodo:	
		Persona Jurídica: X	
Actividad IICA- Código CIIU:	8610	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:	SI: X NO:

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
Valor Inicial del contrato:	$ 266.347.476,00	Primer Pago	Segundo Pago
Valor pagado:	133.173.738,00	$ 44.391.246,00	$ 44.391.246,00
Valor solicitado:	$ 44.391.246,00	Tercer pago	Cuarto pago
Saldo:	$ 88.782.492,00	$ 44.391.246,00	
ADICION 01		Quinto Pago	Sexto Pago
Valor Inicial de la adicion:			
Valor pagado de adicion:		Séptimo Pago	Octavo Pago
Valor solicitado de adicion:		$ 0	$ 0
Saldo:	$ -	Noveno Pago	Decimo Pago
ADICION 02			
Valor Inicial de la adicion:		Decimo primer pago	Decimo Segundo pago
Valor pagado de adicion:			
Valor solicitado de adicion:		Decimo tercer pago	Decimo cuarto pago
Saldo:	$ -		
EJECUCION		Decimo quinto pago	Decimo sexto pago
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal	67%		
Porcentaje de Ejecucion 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 (Adicion 1 y 2)					
	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: X N/A ___	**El contratista presentó el informe correspondiente:**	SI: X NO: ____ N/A ___
Copia de Parafiscales	SI: X NO: ____ N/A	**El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:**	SI: X NO: ____ N/A ___
# De Folios	10		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN, se evidencia el cumplimiento del 67% 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 desalud y proteccion social