

FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO																																																																																	
VERSIÓN: 001																																																																																	
Dependencia:		SECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES		Número de pago:	7	Total de pagos:	7	Fecha:	30 de diciembre de 2024																																																																								
ACTO ADMINISTRATIVO																																																																																	
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:	0																																																																											
CONVENIO	Requiere Informe:	SI: ☒	NO: ☐	Suspensión No.:		En tiempo: ☐																																																																											
	Entregó Informe:	SI: ☒	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:	DAVIENDA																																																																								
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:		\$ 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:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Anticipo</td> <td colspan="2">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Primer Pago</td> <td>Segundo Pago</td> <td>Tercer pago</td> </tr> <tr> <td>\$32.413.894,00</td> <td>\$32.413.894,00</td> <td>\$ 32.413.894,00</td> </tr> <tr> <td>Septimo Pago</td> <td>Octavo Pago</td> <td>Noveno Pago</td> </tr> <tr> <td>\$ 32.413.897,00</td> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> </table>								Anticipo	\$ 0,00		Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	\$32.413.894,00	\$32.413.894,00	\$ 32.413.894,00	Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	\$ 32.413.897,00	\$ 0,00	\$ 0,00																																																									
Anticipo	\$ 0,00																																																																																
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago																																																																															
\$32.413.894,00	\$32.413.894,00	\$ 32.413.894,00																																																																															
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago																																																																															
\$ 32.413.897,00	\$ 0,00	\$ 0,00																																																																															
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuarto pago</td> <td>Quinto Pago</td> <td>Sexto Pago</td> </tr> <tr> <td>\$ 32.413.894,00</td> <td>\$ 32.413.894,00</td> <td>\$ 32.413.894,00</td> </tr> <tr> <td>Decimo Pago</td> <td>Onceavo Pago</td> <td>Doceavo Pago</td> </tr> <tr> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> <td>\$ 0,00</td> </tr> </table>								Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago	\$ 32.413.894,00	\$ 32.413.894,00	\$ 32.413.894,00	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00																																																												
Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago																																																																															
\$ 32.413.894,00	\$ 32.413.894,00	\$ 32.413.894,00																																																																															
Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago																																																																															
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00																																																																															
Total Pagado:		\$ 194.483.364,00																																																																															
Valor a pagar en el periodo:		\$ 32.413.897,00																																																																															
Saldo:		\$ 0,00																																																																															
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente:				SI: ☒	NO: ☐	# de folios:	10																																																																								
		El informe cumple con lo estipulado en el contrato:				SI: ☒	NO: ☐	Fecha:																																																																									
		Se remitió al Comité de contratación:				SI: ☐	NO: ☒																																																																										
		Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:																																																																															
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Persona Natural:</td> <td colspan="4">Aportes a Salud</td> <td colspan="4">Aportes a Pensión</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Valor pagado \$ 12.774.200 Periodo 0</td> <td colspan="4">Valor pagado \$ 17.232.400 Periodo 0</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Comprobante de pago Número: 74320194</td> <td colspan="4">Comprobante de pago Número: 74320194</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024</td> <td colspan="4">Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Aportes ARP</td> <td colspan="4">Pensionado:</td> <td colspan="4">SI: ☐ NO: ☒</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Valor pagado \$ 2.279.800 Periodo 0</td> <td colspan="4">Certificación:</td> <td colspan="4">SI: ☐ NO: ☒</td> </tr> </table>								Persona Natural:				Aportes a Salud				Aportes a Pensión				Valor pagado \$ 12.774.200 Periodo 0				Valor pagado \$ 17.232.400 Periodo 0								Comprobante de pago Número: 74320194				Comprobante de pago Número: 74320194								Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024				Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024								Aportes ARP				Pensionado:				SI: ☐ NO: ☒				Valor pagado \$ 2.279.800 Periodo 0				Certificación:				SI: ☐ NO: ☒			
		Persona Natural:				Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																																																							
		Valor pagado \$ 12.774.200 Periodo 0				Valor pagado \$ 17.232.400 Periodo 0																																																																											
		Comprobante de pago Número: 74320194				Comprobante de pago Número: 74320194																																																																											
		Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024				Fecha de pago: 18 de noviembre de 2024																																																																											
Aportes ARP				Pensionado:				SI: ☐ NO: ☒																																																																									
Valor pagado \$ 2.279.800 Periodo 0				Certificación:				SI: ☐ NO: ☒																																																																									
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Persona Jurídica:</td> <td colspan="4">Anexa Certificación del Revisor Fiscal:</td> <td colspan="4">SI: ☐ NO: ☒</td> </tr> </table>								Persona Jurídica:				Anexa Certificación del Revisor Fiscal:				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: ☐																																																																															
FIRMA DEL SUPERVISOR		Copia de aporte a salud SI: ☒ NO: ☐																																																																															
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHN HENRY MORALES RODRIGUEZ		Copia aporte ARP SI: ☒ NO: ☐																																																																															
C.C.: 70663.198																																																																																	
CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DEPORTE																																																																																	



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	2024-11-18, 02:22:38 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	74320194
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1059295928
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 41.487.000
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	10	\$ 6.785.800	\$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	6	\$ 5.032.600	\$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	11	\$ 4.342.700	\$ 0
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	\$ 1.071.300	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	\$ 2.416.000	\$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	\$ 222.900	\$ 0
N900156264	EPS041	CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	1	\$ 741.500	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	17	\$ 9.393.800	\$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	28	\$ 2.279.800	\$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	28	\$ 4.088.700	\$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	28	\$ 2.045.300	\$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	28	\$ 3.066.600	\$ 0

SubTotales: \$ 41.487.000 \$ 0
Total a Pagar: \$ 41.487.000