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: 2	**Total de pagos: 11**		**Fecha: 07/05/2025**
ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	**11 de marzo de 2025**	**OPS:**	
Fecha de inicio:	**13 de marzo de 2025**	**Contrato:**	**X**
Fecha de terminación:	**31 de diciembre de 2025**	**Resolución:**	
Duración:	**diez (10) meses**	**Factura:**	**02-2025**
Número:	**CI N. 003**	**Convenio:**	
Periodo a pagar:	10% Anticipo Contrato Interadministrativo N° 003.		
N° CDP:	**195**	**Fecha del CDP:**	**03/03/2025**
N° RP:	**0328**	**Fecha del RP:**	**11/03/2025**
Objeto Contractual:	**PROMOVER LA SALUD Y LA GESTIÓN DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC), A TRAVÉS DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO DEFINIDOS EN EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS) BUSCANDO IMPACTAR POSITIVAMENTE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO-ANTIOQUIA; EN LOS ENTORNOS DONDE LAS PERSONAS VIVEN A LO LARGO DE LA VIDA Y EN ESPECIAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL; CON LA PREMISA DE ATENDER INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD PRESENTES EN EL ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD (ASIS).**		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	**Suspensión No:**	
ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	**SI: NO: _____**	**Tiempo ampliación del plazo:**	
Numero de Adicion		**Fecha de terminación:**	
N° CDP:		**Fecha del CDP:**	
N° RP:		**Fecha del RP:**	
Adición:		**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:	**4-1386-000797-8**		
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:

Valor Inicial del contrato:	**$**	**571.336.270,00**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**	
Valor pagado:	**$**	**57.133.627,00**	$ 57.133.627,00	$	56.042.426,00
Valor solicitado:	**$**	**56.042.426,00**	**Tercer pago**	**Cuarto pago**	
Saldo:	**$**	**458.160.217,00**			
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		**20%**			
Porcentaje de Ejecucion de las Adiciones					

PÓLIZAS					
	No.	**Valor Asegurado**	**Vigencia**	**Amparos**	**Cia de Seguros**
A - Cumplimiento	**229907**	**57133627,00**	**11-03-2025 HASTA 30-04-2026**	**X**	**SURAMERICANA**
B - Anticipo	**229907**	**57133627,00**	**11-03-2025 HASTA 30-04-**	**X**	**SURAMERICANA**
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios -prestaciones sociales					

G - Calidad del Servicio o Equipos					

PÓLIZAS (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	20		

OBSERVACIONES:

Según las actividades realizadas por el Contratista: ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN, se evidencia el cumplimiento del 20% 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