FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

VERSIÓN: 001							Pagina: 1 de 1
Dependencia:	**SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL**	**Número de pago:**	**1**	**Total de pagos:**	**9**	**Fecha:**	**04 de junio de 2025**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	150-11-01-007-2025			Fecha de iniciación:	28 Marzo del 2025		
CONTRATO		Fecha de suscripción:	28 Marzo Del 2025			Fecha de terminación:	31 Diciembre del 2025		
RESOLUCIÓN		N° CDP:	278	Fecha	18 de marzo de 2025	Duración:	9 Meses	4	Días
FACTURA		N° RP:	400	Fecha :	28 de marzo de 2025	Periodo a pagar:	01 al 30 de Mayo de 2025		
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto:	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE VENECIA-ANTIOQUIA Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA-ANTIOQUIA PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL AÑO 2025

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	890.980.367	DV.	0
Dirección:									
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	398700038530	Banco:	DAVIVIENDA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"			
Persona Natural:	X	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: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	$ 177.101.226,12
Adición No.	$ 0,00
Adición No.	$ 0,00
Adición No.	$ 0,00
Valor Total del contrato:	$ 177.101.226,12

Valor pagado:

Anticipo	$ 0,00				
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$15.754.339,00	$ 0,00	$ 0,00	**$ 0,00**	$ 0,00	$ 0,00
Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago	Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 0,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 15.754.339,00**
Saldo:	$ 161.346.887,12

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	110
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	11.219.300 Periodo	01 al 30 de Mayo de 2025	Valor pagado $	15.139.900 Periodo	01 al 30 de Mayo de 2025
Comprobante de pago Número:		77975993	Comprobante de pago Número:		77975993
Fecha de pago:	16 de mayo de 2025		Fecha de pago:	16 de mayo de 2025	
Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	1.869.500 Periodo	01 al 30 de Mayo de 2025	Certificación:	SI:	NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

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: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ

C.C.: 70.663.198

CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

11/06

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193326760
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARLEY DAVID VALENCIA VALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VENECIA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 47A #14A-23	TELÉFONO:	6727075
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7970793903**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1509083198

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8916000918	CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 34.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 440.500**

enlace operativo

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	2025-05-16, 07:20:08 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2025
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	77975993
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1485512538
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 36.304.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	6	$ 3.674.800	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	7	$ 6.284.400	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	12	$ 5.180.700	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.430.700	$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 239.000	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	15	$ 8.549.600	$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	25	$ 1.869.500	$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	25	$ 3.589.000	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	25	$ 1.795.100	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	25	$ 2.691.900	$ 0
			SubTotales:	$ 36.304.700	$ 0
			Total a Pagar:		$ 36.304.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar

E.S.E
HOSPITAL
San Rafael de Venecia

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA

CERTIFICA QUE:

La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA, NIT 890.980.367-O** Ha cancelado de manera oportuna las obligaciones concernientes a aportes parafiscales y seguridad social, en los plazos establecidos por la normatividad vigente.

Por lo anterior a la fecha se encuentra a paz y salvo con las obligaciones citadas.

Este certificado se expide en cumplimiento a ley 789 de 2002 y 828 de 2003, modificada por la ley 1150 de 2008

Dado en Venecia a los catorce (14) días del mes de mayo de 2025

Atentamente,

DIANA CAROLINA LOPEZ VÀSQUEZ

Gerente

VIGILADO Supersalud