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:	5	Total de pagos:	10	Fecha:	14 de agosto de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"

DATOS ESPECÍFICOS

OPS		Número:	150-11-01-009-2025		Fecha de iniciación:		3 Abril del 2025
CONTRATO		Fecha de suscripción:	3 Abril Del 2025		Fecha de terminación:		31 Diciembre del 2025
RESOLUCIÓN		N° CDP:	279	Fecha	18 de marzo de 2025	Duración:	8 Meses 27 Días
FACTURA		N° RP:	467	Fecha :	3 de abril de 2025	Período a pagar:	del 01 de julio al 31 de julio
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:	En tiempo:
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:	En tiempo:

Objeto: APOYAR LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICION DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE VENECIA, ANTIOQUIA DE ACUERDO A LA RESOLUCION 484 DE 2024, PARA LA VIGENCIA 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:		$ 264.320.354,57
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 264.320.354,57

Valor pagado:

Anticipo		$ 0,00			
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago	Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$25.771.235,00	$25.771.235,00	$ 25.771.235,00	**$ 25.771.235,00**	$ 25.771.235,00	$ 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:	$ 103.084.940,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 25.771.235,00**
Saldo:	$ 135.464.179,57

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	13
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

Valor pagado $ 8.738.800 Periodo del 01 de julio al 31 de julio

Comprobante de pago Número: 79188343

Fecha de pago: 7 de julio de 2025

Aportes ARP

Valor pagado $ 1.392.000 Periodo del 01 de julio al 31 de julio

Aportes a Pensión

Valor pagado $ 11.779.600 Periodo del 01 de julio al 31 de julio

Comprobante de pago Número: 79188343

Fecha de pago: 7 de julio de 2025

Pensionado: SI: NO: X

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

15/08
2:30

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	2025-07-17, 01:21:30 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2025
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	79188343
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1635550057
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 28.111.900
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	5	$ 2.627.700	$ 3.400
N800229739	230201	PROTECCION	5	$ 4.074.800	$ 5.300
N900336004	25-14	COLPENSIONES	12	$ 5.077.100	$ 6.400
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.366.600	$ 3.000
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 237.400	$ 300
N800088702	EPS010	EPS SURA	12	$ 6.134.800	$ 7.700
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	22	$ 1.392.000	$ 1.800
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	22	$ 2.740.000	$ 3.500
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	22	$ 1.370.500	$ 1.800
N899999239	PAICBF	ICBF	22	$ 2.055.200	$ 2.600
		SubTotales:		$ 28.076.100	$ 35.800
		Total a Pagar:			$ 28.111.900

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