GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL**	Código: FO-M7-P6-016 Versión: 03 Fecha de aprobación: 22/04/2024

NÚMERO DE INFORME	No. 1					
SUPERVISIÓN	X					
INTERVENTORÍA	☐					
TIPO DE INFORME	**PARCIAL**	☐	**PARA PAGO**	X	**FINAL**	☐
PERIODO DE INFORME	Desde:	03/09/2025		Hasta:	30/09/2025	
PERIODO PARA PAGO	Desde:	03/09/2025		Hasta:	30/09/2025	

1. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO ☐ **CONVENIO** X	**NÚMERO:**		**4600018362**		
	FECHA DE SUSCRIPCION:		02/09/2025		
MODALIDAD DE SELECCIÓN:			Contratación Directa – Convenio de Asociación Ley 489		
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:			16727		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:			03/09/2025		
OBJETO: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital San Bartolomé de Murindo, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.					
ORGANISMO CONTRATANTE /CONVENIANTE:			Departamento de Antioquia Secretaría de Salud e Inclusión Social		
CONTRATISTA / CONVENIANTE	NOMBRE:		E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ		
	NIT		800.165.050-9		
VALOR [$]:	INICIAL:		**MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.209.195.613)**		
	ADICIONES	**No.**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICION**	
			"N/A"	"N/A"	
	VALOR TOTAL:		**MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.209.195.613)**		
REGISTRO PRESUPUESTAL	RPC NUMERO:		4500065328 - 4500065329		
	FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN):		25/08/2025		
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:			N/A		
PLAZO:	INICIAL		Cuatro (4) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2025.		
			FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**	
			03/09/2025	20/12/2025	
	PRÓRROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**	
			N/A	N/A	
HISTORICO DE SUSPENSIONES:		**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**	**FECHA REANUDACIÓN**	**FECHA DE TERMINACION**

		N/A	N/A	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL	N/A			
TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y APROBADAS			N/A	
SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL:	ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ		
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A		
% DE EJECUCIÓN FÍSICA	0%			
% DE EJECUCIÓN DE RECURSOS	63.7%			

2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DE LAS PARTES

Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación:
1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requerido.
2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría de Salud e Inclusión Social el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría.
3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta.
4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.

2.1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL CONTRATISTA/CONVENIANTE EJECUTOR.

2.1.1. EJECUCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA DE LOS CONVENIOS/CONTRATOS DERIVADOS DE CONFORMIDAD CON LO INFORMADO POR EL CONVENIANTE O CONTRATISTA EJECUTOR

Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.

% DE EJECUCIÓN FÍSICA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS	0% Este informe No. 1. Sin ejecución física.
% DE EJECUCIÓN FINANCIERA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS	El giro de los recursos se realiza de acuerdo con las doceavas giradas al departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la disponibilidad de los mismos en el PAC, para este pago corresponde al 63.7% del 100% de los recursos disponibles del convenio.

2.1.2. SEGUIMIENTO TÉCNICO DEL CONTRATO/CONVENIO:

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO	% EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO	% EJECUCIÓN ACUMULADO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1). Garantizar la operación y la prestación del servicio de salud en la institución, de acuerdo con los horarios definidos y los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS); incluyendo la prestación del servicio de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De tal forma que la sede opere y preste sus servicios en condiciones de calidad para la población de su jurisdicción.	**100%**	**100%**	Página web – REPS https://prestadores.minsalud.gov.co/	La ESE opera de acuerdo a los horarios definidos y los servicios habilitados en el REPS.
2) Cumplir las normas generales que aplican para los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplicar las directrices que son emitidas por los organismos de regulación y de control del sector.				Se verificará en próximo informe
3) Cumplir con la totalidad de los reportes establecidos en el Sistema de Información para la Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los procesos de atención a las personas en cada uno de los servicios de la institución, incluyendo los reportes de gestión de la demanda inducida y las acciones de protección específica y detección temprana definidos en la resolución 4505 de 2012 que apliquen para la población no afiliada de Antioquia.				Se verificará en próximo informe
4) Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020.Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17 y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. Igualmente cumplir con lo establecido en el Decreto 616 de 2022 que incorpora la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado. En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en				Se verificará en próximo informe

la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento, facturando las atenciones a la Entidad administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. El Prestador realizará el trámite establecido para garantizar lo anterior.				
5) Aplicar lo establecido en la Resolución 1178 de 2021, en lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos.				Se verificará en próximo informe
TOTAL				

Método de cálculo del % de ejecución del periodo informado: Se tiene en cuenta el cumplimiento de cada ítem correspondiente a las obligaciones técnicas por parte del contratista.

2.1.2.1 SEGUIMIENTO COMPONENTE SOCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO:
N/A.

2.1.2.2 SEGUIMIENTO COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:
N/A.

2.1.2.3 SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO/CONVENIO:

Para el desarrollo del convenio deberá tener implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y además tener en cuenta las normas que regulan el tema de Seguridad y Salud en trabajo, entre las cuales están:
· Decreto 1072 de 2015 #Único reglamentario del sector trabajo#
· Resolución 0312 de 2019 #Por la cual se definen estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo#
· Decreto ley 1295 de 1994 #Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales#
· Ley 1562 de 2015 #Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional#.
· Manual de Salud y Seguridad en el Trabajo del Departamento de Antioquia.

Nota: El SST debe ser implementado por las personas jurídicas y por las personas naturales que tengan personal a cargo conforme a los requisitos señalados en la Resolución 0312 de 2019. Para ello deberá

presentar la autoevaluación vigente debidamente firmada por el representante legal y el responsable del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, junto con su tarjeta profesional vigente.
El Departamento de Antioquia podrá en cualquier momento pedir información adicional que permita verificar los requisitos de la autoevaluación o el cumplimiento de la normatividad en estándares de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.1.3. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LEGAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL	CUMPLE/NO CUMPLE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1) Presentar al Supervisor del convenio los soportes que den cuenta de que se encuentra a paz y salvo con el pago de sus obligaciones frente a la seguridad social, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, conforme al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo 1 de la Ley 828 de 2003 y demás normas que apliquen; si quien certifica es contador o revisor fiscal, presentar copia cedula ciudadanía, copia de la Tarjeta Profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente.	CUMPLE	SECOPII y Carpeta del expediente fisico	Se anexa soporte
2) Realizar los ajustes presupuestales y contables a que haya lugar, frente a la ejecución de los recursos del componente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud asignados en el marco del presente convenio.	Pendiente Validar		
3) Presentar una vez firmado el convenio, la certificación de la cuenta **bancaria de ahorros** de uso exclusivo para los recursos del subsidio a la oferta, a la cual se hará la transferencia de los recursos asignados. Los rendimientos financieros que se generen deben ser devueltos a la Gobernación de Antioquia al final de la vigencia.	CUMPLE	Certificado Bancario de la cuenta de ahorros de la institución /carpeta expediente fisico del convenio	Esta cuenta debe generar rendimientos financieros, a reintegrar al final del periodo a cuenta maestra de la SS.
4) Cumplir los indicadores y metas establecidos en la Resolución 484 de 2024: Artículo 5. Indicadores y metas. Relacionados calidad en la prestación del servicio, producción de servicios e indicadores de carácter financiero, planteado en coherencia con lo establecido en el Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020; o la norma que la modifique, adicione o derogue	Pendiente Validar		
5) Elaborar una propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta asignados mediante el presente convenio, la inversión debe estar orientada a fortalecer la operación de la prestación de servicios de salud, con especial énfasis en el talento humano institucional. La misma debe ser presentada en los primeros 10 días de vigencia contractual a la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia a través de la Supervisión del convenio, para su revisión y aprobación de la inversión de los recursos;	CUMPLE	Plan de inversión de los recursos de Subsidio a la oferta 2025 (anexo a este informe)	El plan fue revisado y aprobado por la dirección de aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud.

6) Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución.	Pendiente Validar		
7) Cumplir con los requisitos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales del personal propio y/o el de los subcontratistas de acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que rijan la materia, dando aplicación en lo que corresponda al Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigido a Contratistas del Departamento de Antioquia	Pendiente Validar		
8) Previo a la suscripción del Acta de Inicio, y durante el plazo contractual, estará a cargo del Conveniante el pago mensual de salarios, prestaciones sociales, parafiscales, riesgos laborales, dotación, elementos de protección personal, herramientas de trabajo, según las actividades a desempeñar y cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF). Para el efecto el Conveniante debe presentar al supervisor del convenio, dentro del término establecido, la documentación que acredite el cumplimiento del pago de estas obligaciones.	Pendiente Validar		

2.2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS	CUMPLE/NO CUMPLE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1) Incorporar en el presupuesto de la actual vigencia, los recursos que se comprometen en el presente convenio	CUMPLE		Información que puede ser validada en la Dirección Administrativa y Financiera
2) Emitir certificado de disponibilidad presupuestal	CUMPLE	SECOPII y Carpeta del expediente físico	
3) Designar el supervisor del Convenio	CUMPLE	SECOPII y Carpeta del expediente físico	
4) Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 484 de marzo 20 de 2024, artículo 5:	EN PROCESO		
5) Revisar la propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta y emitir concepto de aprobación previo al primer desembolso.	CUMPLE		Acta de aprobación planes de inversión Subsidio a la Oferta con fecha 04/09/2025

2.3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO / CONVENIO:

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA				
ENTIDAD	**DEPARTAMENTO**	**ASOCIADO(S) si aplica**	**OTROS**	**TOTAL**
1. Recursos iniciales comprometidos	$1,209,195,613	$0	$0	$1,209,195,613
2. Adiciones	$0	$0	$0	$0
3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS	$1,209,195,613	**$0**	**$0**	$1,209,195,613
4. Anticipos	$0	$0	$0	$0
5. Recursos pagados / desembolsados	$0	$0	$0	$0
6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS	$0	**$0**	**$0**	$0
7. Recursos ejecutados	$771,330,584	$0	$0	$771,330,584
8. Recursos no ejecutados	$437,865,029	$0	$0	$437,865,029

2.4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

3. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO

FECHA	TIPO DE REUNIÓN Y/O VISITA	CONCLUSIONES/OBSERVACIONES
25/07/2025	Reunión Preliminar de contratación vía teams	Información general, donde se solicito el envío de los documentos requeridos para iniciar el proceso de contratación
04/09/2025	Certificación firmada por la supervisora del convenio de la revisión y evaluación del plan de inversión presentado por el conveniante.	Aprobación del plan de inversión periodo 2025.

4. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:
El giro de los recursos a la E.S.E., será realizado por la Dirección Administrativa y Financiera de SSSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, que deben evidenciarse en el informe de supervisión.

PARAGRAFO: Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requeridos; 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría de Salud e Inclusión Social el Plan de Inversión que realizará con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría ; 3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción. **Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso**
Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.

CONCEPTO	FECHA	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO / DESEMBOLSO	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	VALOR NETO A PAGAR	SALDO	COMPROBANTE DE EGRESO
Valor Inicial	03/09/2025	$1,209,195,613		$0		$1,209,195,613	
Adiciones	N/A	N/A				N/A	
Pago No.1 / Desembolso	08/09/2025		$0	$0	$771,330,584	$437,865,029	
TOTALES		$1,209,195,613	$0	$0	$771,330,584		

De conformidad con el Recibo a Satisfacción anexo al informe; el supervisor/interventor autoriza el pago/desembolso No.01 al contratista/conveniante, por valor de: Setecientos setenta y un millones trecientos treinta mil quinientos ochenta y cuatro pesos ($771.330.584), el cual se relaciona en la tabla anterior.

5. VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El contratista/conveniante acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Adicionalmente, el supervisor/interventor verificó y revisó las planillas y demás soportes entregados por el conveniante/contratista que acreditan el pago por concepto de seguridad social y parafiscales del recurso humano contratado.

6. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación en la matriz de riesgos del estudio y documentos previos, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución y liquidación del presente contrato/convenio.

Así mismo, si durante la ejecución del contrato se presentan riesgos imprevisibles, que por su misma naturaleza no fueron contemplados en la matriz de riesgos, también se deberá diligenciar la tabla con los controles y tratamientos respectivos a que hubiere lugar.

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO	QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO	TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN	CUANDO Y COMO SE REALIZÓ EL MONITOREO	EVIDENCIA
N/A					

7. CONTROL Y MITIGACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

N/A

8. ANOTACIONES ADICIONALES

NINGUNA

9. ANEXOS

1) Certificación donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría de Salud e Inclusión Social el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría.
2) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta.
3) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.
4) Factura Electrónica por valor $771.330.584

Para constancia, se firma la presente acta el 08/09/2025

ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
SUPERVISORA CONVENIO 4600018362

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

Gobernación de Antioquia

RECIBO A SATISFACCION

Fecha Elaboración: 09.09.2025

Página: 1 de 1

NUMERO DE DOCUMENTO : 5000250404

FACTURA: FE5008	**Nro ACTA:**	**DOC CAUSACION:**
CODIGO PROVEEDOR: 2400000026	**NIT:** 8001650509	**NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE MUR
Nro CONTRATO: 4600018362	**DEPENDENCIA:** SECRETARIA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL	
FECHA SUSCRIPCION CONTRATO: 02.09.2025	**OBSERVACION:**	

PEDIDO: 1. 4500065328 SECRETARIA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL

PED	POS PED	ANT	FONDO	CODIGO MATERIAL / SERVICIO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UMB	V/R UNI. SIN IVA	% IVA	V/R UNI. INC. IVA	TOTAL INC. IVA
	1		0-PS3031	1002452	PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA*	608951453	UN	1,000	0%	1,0000	608.951.453,000
	2		0-PS3031	1002452	PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA*	162379131	UN	1,000	0%	1,0000	162.379.131,000

V/R TOTAL NETO	771.330.584,000
V/R TOTAL IVA	0,000
V/R TOTAL	771.330.584,000

REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD				DEDUCCIONES Y RETENCIONES	
1. Factura Original	V.Bo.	8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta	V.Bo.	Estampillas	
2. Resolución de facturación vigente	V.Bo.	9. Porcentaje de participación si es consorcio o unión Tem.	V.Bo.	Contribución Especial	
3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T.	V.Bo.	10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid.	V.Bo.	Retención de IVA	
4. Recibo a satisfacción por fondo	V.Bo.	11. Informe de seguimiento	V.Bo.	Retención en la Fuente	
5. RPC del pago	V.Bo.	12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere	V.Bo.	Retención en la Fuente Obra Púb.	
6. Contrato y Rut actualizado.	V.Bo.	13. En caso de adición se deben anexar Otro Sí o Adición	V.Bo.	Retención Empleados 1070	
7. Soportes del pago a seguridad social	V.Bo.	14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere	V.Bo.	Retención Industria y Comercio	
		15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal	V.Bo.		

MOVIMIENTO REALIZADO POR: Marlin Viviana Hoyos Cardoso

SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)

Gómez Gómez, Elizabeth

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	ACTA DE INICIO	Código: FO-M7-P6-001 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01 de febrero del 2021

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO CONVENIO	☐ X	NÚMERO:	4600018362
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	02 SEP 2025
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:			**16727**
OBJETO: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado ESE Hospital San Bartolomé de Murindo, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.			
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADA:		**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL**	
CONTRATISTA / ASOCIADO		**NOMBRE:**	E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ
		NIT	**800.165.050-2**
VALOR [$]:		**MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.209.195.613)**	
PLAZO:		Cuatro (4) meses, contados a partir del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2025.	
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO Y/O VIGENCIA FUTURA		**RPC/ VIGENCIA FUTURA NUMERO:**	4500065328 - 4500065329
		FECHA DE LIBERACIÓN (IMPRESIÓN):	25/08/2025
FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA:			N/A
ACREDITACIÓN DE QUE EL CONTRATISTA / ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE APORTES RELATIVOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES			SI

SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL IDENTIFICACIÓN (CC o NIT	ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ C.C. 1038411282
	CONTRATO INTERVENTOR No.:	N/A

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	**ACTA DE INICIO**	Código: FO-M7-P6-001 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01 de febrero del 2021

Previo a la suscripción de la presente acta se ha verificado el cumplimiento de los documentos y requerimientos necesarios para el inicio del contrato/convenio: : Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, expedido por el revisor fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA).

3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO

De conformidad con el plazo establecido en el Contrato/Convenio No.4600018362, se fijan:

3.1. Fecha de inicio: 03 SEP 2025

3.2. Fecha de terminación: 20/12/2025

Para constancia, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron,

ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
INTERVENTOR/SUPERVISORA

JHON ELVIS PEREA BECERRA
CONTRATISTA/ASOCIADO

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CERTIFICACIÓN

Yo, Elizabeth Gómez Gómez, en calidad de Supervisora de los convenios descritos a continuación, certifico que se realizó la revisión y aprobación de los Planes de Inversión de los recursos asignados por concepto de Subsidio a la Oferta para la vigencia 2025 presentados por 13 Empresas Sociales del Estado de municipios no certificados de Antioquia, cuyo objeto es "Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud":

SUBSIDIO A LA OFERTA CONTRATACIÓN 2025					
Nombre Municipio	Nombre de la ESE	NIT IPS	Código de habilitación IPS	Número de convenio 2025	Valor convenio 2025
Argelia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JULIAN	890981851-9	505505479	4600018355	$ 350.088.942
Cáceres	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA	890982430-6	512005547	4600018356	$ 1.018.682.912
Caicedo	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA	800037244-2	512508313	4600018357	$ 397.524.406
Gómez Plata	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ISABEL	890902151-4	531005015	4600017358	$ 328.399.699
Jericó	NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL JERICO	890980765-9	536804833	4600018359	$ 367.856.326
La Pintada	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR	811013792-3	539005090	4600018361	$ 286.436.734
Murindó	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ	800165050-9	547505020	4600018362	$ 1.209.195.613
San Juan de Urabá	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL HECTOR ABAD GOMEZ	800143438-8	565902159	4600018363	$ 835.364.487
Sopetrán	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HORACIO MUÑOZ SUESCUN	890982184-9	576105612	4600018369	$ 417.972.280
Tarazá	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	890984696-7	579005513	4600018364	$ 729.153.563
Toledo	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES	800139704-7	581906123	4600018365	$ 371.759.698
Uramita	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	800065395-5	584206431	4600018366	$ 423.573.330
Vigía del Fuerte	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO	811020943-8	587304363	4600018367	$ 1.117.859.949
TOTAL					$ 7.853.867.939

Igualmente se revisó y aprobó el Plan de Inversión de los recursos asignados por concepto de Subsidio a la Oferta para la vigencia 2025 presentado por el Centro Médico CUBIS, que opera la infraestructura pública de salud de Zaragoza, de acuerdo a la información del contrato que se relaciona a continuación:

SUBSIDIO A LA OFERTA CONTRATACIÓN 2025					
Nombre Municipio	Nombre del Administrador de infraestructura pública	NIT IPS	Código de habilitación IPS	Número de contrato 2025	Valor contrato 2025
Zaragoza	CENTRO MEDICO CUBIS LIMITADA	818002571-0	589516647	4600018368	$ 784.745.916
TOTAL					$ 784.745.916

Esta certificación se expide en cumplimiento de la cláusula quinta del contrato. "FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS".

Medellín, 04 de septiembre de 2025

Elizabeth Gómez Gómez
Supervisora

Murindó, 02 de septiembre de 2025

Doctora
MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO
Secretaria de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Asunto: Plan de inversión recursos Subsidio a la oferta 2025, de la E.S.E Hospital San Bartolomé del Municipio Murindó.

De acuerdo a los recursos asignados a la institución que represento y como parte de los soportes que se deben adjuntar para dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas por la ESE, una vez firmado el convenio, me permito presentarle el plan de inversión proyectado para su ejecución:

INVERSIÓN DE RECURSOS SUBSIDIO A LA OFERTA 2025
E-S-E- Hospital San Bartolomé del Municipio Murindó.

Valor de recursos asignados al Hospital: $ 1.209.195.613

Consecutivo	Descripción del componente de inversión	Valor asignado al componente	Fecha proyectada de inversión DD/MM/AA
1	Pago nómina Agosto	$ 85.091.308	15/09/2025
2	Pago Seguridad Social y Parafiscales Agosto	$ 36.000.000	15/09/2025
3	Pago nómina Septiembre	$ 85.091.308	30/09/2025
4	Pago Seguridad Social y Parafiscales Septiembre	$ 36.000.000	30/09/2025
5	Pago nómina Octubre	$ 85.091.308	31/10/2025

6	Pago Seguridad Social y Parafiscales Octubre	$ 36.000.000	31/10/2025
7	Pago nómina Noviembre	$ 85.091.308	30/11/2025
8	Pago Seguridad Social y Parafiscales Noviembre	$ 36.000.000	30/11/2025
9	Pago nómina Diciembre	$ 85.091.308	20/12/2025
10	Pago Seguridad Social y Parafiscales Diciembre	$ 36.000.000	20/12/2025
11	Pago de Retroactivo Enero a Mayo	$ 22.346.780	31/08/2025
12	Pago Prima de Servicios	$ 37.858.575	20/12/2025
13	Pago de Liquidación Definitiva de Empleados	$ 47.243.702	20/12/2025
14	Pago de Vacaciones	$ 73.700.000	20/12/2025
15	Pago de Bonificación por Servicios Prestados	$ 46.872.866	20/12/2025
16	Pago Prima de Navidad	$ 75.717.150	20/12/2025
17	Pago de Medicamentos y Equipos Biomédicos	$ 300.000.000	30/09/2025
	Total de la inversión	$ 1.209.195.613	

Atentamente,

JHON ELVIS PEREA BECERRA
REPRESENTANTE LEGAL

Certificado
Bancario

Jueves, 27 de agosto de 2025

Señor
S. SALUD

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN B identificado(a) con NIT 800165050, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	64500001631	2024/10/06	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

EL CONTADOR DE LA E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ DE MURINDÓ ANTIOQUIA

CERTIFICA QUE:

La E.S.E Hospital San Bartolomé con **NIT. 800165050-9,** a la fecha se encuentra paz y salvo a 31 de julio de 2025 con los siguientes aportes:

- Aportes Seguridad Social en Salud
- Aportes a seguridad social de Pensiones
- Aportes a seguridad social de Riesgos Laborales
- Aportes Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, ICBF, SENA)

Esta certificación se Expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de agosto del año 2025.

Atentamente,

JHON ALBEIRO VILLADIEGO MORENO
ASESOR CONTABLE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.039.093.893

VILLADIEGO MORENO

APELLIDOS

JHON ALBEIRO

NOMBRES

JHON ALBEIRO VILLADIEGO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1991

TURBO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.86
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

19-ENE-2010 NECOCLI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0119200-00217663-M-1039093893-20100224 0021233844A 1 33148707

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

220674-T



JHON ALBEIRO
VILLADIEGO MORENO
C.C. 1039693893
RESOLUCION INSCRIPCION 2021
UNIVERSIDAD COOP. UNIV. REMINGTON
FECHA 10/10/2018

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA



224160

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al FAX 6774450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 98 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.idego.com

SOLO PARA PRESENTACION PRESTACION
Hospital San Bartolome
CONTRATACION

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JHON ALBEIRO VILLADIEGO MORENO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1039093893 de NECOCLI (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 220674-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Julio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800165050
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ESEHOSPITALSANBARTOLOME
CIUDAD/MUNICIPIO:	MURINDO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 2 NO 14 20	TELÉFONO:	8575093
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		7980385323	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1652112286

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	13	$ 7,347,800	$ 0	$ 0	$ 85,300	$ 85,300	$ 64,100	$ 1,600	$ 7,518,400	$ 65,700	$ 7,584,100
25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 4,734,300	$ 0	$ 0	$ 84,200	$ 84,200	$ 41,300	$ 1,600	$ 4,902,700	$ 42,900	$ 4,945,600
230201	230201- PROTECCION	4	$ 1,511,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13,200	$ 0	$ 1,511,900	$ 13,200	$ 1,525,100
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 632,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5,600	$ 0	$ 632,500	$ 5,600	$ 638,100
SUBTOTALES:										[illegible]	$ 127,400	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1,221,000	$ 0	$ 10,700	$ 0	$ 1,221,000	$ 10,700	$ 0	$ 1,231,700
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4,233,400	$ 0	$ 36,900	$ 0	$ 4,233,400	$ 36,900	$ 0	$ 4,270,300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 646,900	$ 0	$ 5,700	$ 0	$ 646,900	$ 5,700	$ 0	$ 652,600
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	16		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5,305,500	$ 0	$ 46,300	$ 0	$ 5,305,500	$ 46,300	$ 0	$ 5,351,800
SUBTOTALES:													[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	27		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,691,900	$ 1,691,900	$ 14,800	$ 0	$ 1,706,700
SUBTOTALES:									[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	27	$ 3,651,100	$ 31,900	$ 3,683,000
SUBTOTALES:			[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	27	$ 2,738,500	$ 23,900	$ 2,762,400
PASENA	PASENA - SENA	22	$ 1,412,100	$ 12,400	$ 1,424,500
SUBTOTALES:			[illegible]	[illegible]	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / PENSIÓN

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	CC 1001837205	VALENCIA PCREA ANDIE CAMILA	DEPEND		$ 3,326,400	FIJO		NO																		230201-PROTECCION	30	$ 3,326,400	$ 532,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 532,300
2	CC 1028038344	DIAZ MAGUILON JHOARY TATIANA	DEPEND		$ 3,326,400	FIJO		NO																		230301-PORVENIR	30	$ 3,326,400	$ 532,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 532,300
3	CC 1039652248	ARIAS SALINAS JEISON	DEPEND		$ 2,168,934	FIJO		NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2,168,934	$ 347,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347,100
4	CC 1039652545	PALOMEQUE QUEJADA BIOMARA	DEPEND		$ 2,528,902	FIJO		NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2,528,902	$ 404,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404,700
5	CC 1039652750	QUEJADA BELTRAN BINDY PAOLA	DEPEND		$ 2,625,345	FIJO		NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2,625,345	$ 420,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 420,100
6	CC 1039653718	MURILLO MENA LILIANA	DEPEND		$ 2,168,934	FIJO		NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2,168,934	$ 347,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347,100

SALUD / ARP / PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3,326,400	$ 415,800	$ 0	$ 415,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 3,326,400	01	$ 81,100	30	$ 3,326,400	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 133,100	$ 0	$ 99,800	$ 0	$ 0
2	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 3,326,400	$ 415,800	$ 0	$ 415,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 3,326,400	2	$ 17,400	30	$ 3,326,400	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 133,100	$ 66,600	$ 99,800	$ 0	$ 0
3	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,168,934	$ 271,200	$ 0	$ 271,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,168,934	2	$ 11,400	30	$ 2,168,934	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 86,800	$ 0	$ 65,100	$ 0	$ 0
4	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,528,902	$ 316,200	$ 0	$ 316,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,528,902	2	$ 81,700	30	$ 2,528,902	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101,200	$ 50,600	$ 75,900	$ 0	$ 0
5	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,625,345	$ 328,200	$ 0	$ 328,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,625,345	2	$ 13,800	30	$ 2,625,345	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 105,100	$ 52,600	$ 78,800	$ 0	$ 0
6	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 2,168,934	$ 271,200	$ 0	$ 271,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,168,934	2	$ 11,400	30	$ 2,168,934	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 86,800	$ 43,400	$ 65,100	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800155050
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ESEHOSPITALSANBARTOLOME
CIUDAD/MUNICIPIO:	MURINDO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 NO 14 20	TELÉFONO:	8575033
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				7980385323
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:				14
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/07/25
TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO	2025
NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1852112286

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
7	CC 1047376918	RAMOS HURTADO JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	
8	CC 1076320023	VALENCIA CARTILLO JOSETH MATEUS	DEPEND		$ 8,232,589	FIJO			NO																	
9	CC 1077440655	ASPRILLA GARCIA JESSICA	DEPEND		$ 3,750,985	FIJO			NO																	
10	CC 1128277312	HEREDIA VALOYES NELLY DOLFANIA	DEPEND		$ 3,750,985	FIJO			NO																	
11	CC 1143866085	LONDOÑO RAMIREZ WILLIAM DE JESUS	DEPEND		$ 8,232,589	FIJO			NO								01-30									
12	CC 1214718343	PEREA BECERRA JHON ELVIS	DEPEND		$ 8,591,938	FIJO			NO																	
13	CC 21880781	MANYOMA QUEJADA CANDIDA ROSA	DEPEND		$ 2,528,902	FIJO			NO																	
14	CC 21880859	MAQUILON VALENCIA LUZ MARY	DEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 2,337,413	FIJO			NO																	
15	CC 21880871	QUEJADA MOTO MARIA CONCEPCION	DEPEND		$ 2,528,902	FIJO			NO																	
16	CC 21880968	QUEJADA SOTO NIZA	DEPEND		$ 2,337,413	FIJO			NO																	
17	CC 21881095	TORRES VALENCIA OFIR	DEPEND		$ 2,528,902	FIJO			NO																	
18	CC 21881134	CORDOBA MARTINEZ CRUZ MARY	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	
19	CC 26274813	SALAS ORTIZ YNES	DEPEND		$ 2,528,902	FIJO			NO																	
20	CC 3532397	MONTOYA CASTAÑEDA LEONARDO	DEPEND		$ 1,975,839	FIJO			NO																	
21	CC 3532439	CUESTA OSPINA JOSE ELIECER	DEPEND		$ 2,168,934	FIJO			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800
8	230301-PORVENIR	30	$ 8,232,589	$ 1,317,300	$ 41,200	$ 41,200	$ 0	$ 0	Normal	$ 1,399,700
9	230301-PORVENIR	30	$ 3,750,985	$ 600,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 600,200
10	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3,750,985	$ 600,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 600,200
11	230301-PORVENIR	30	$ 8,808,870	$ 1,409,500	$ 44,100	$ 44,100	$ 0	$ 0	Normal	$ 1,497,700
12	25-14 COLPENSIONES	30	$ 8,591,938	$ 1,374,800	$ 43,000	$ 43,000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1,460,800
13	230301-PORVENIR	30	$ 2,528,902	$ 404,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404,700
14			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
15	230301-PORVENIR	30	$ 2,528,902	$ 404,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404,700
16	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,337,413	$ 374,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 374,000
17	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,528,902	$ 404,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404,700
18	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800
19	231001-COLFONDOS	30	$ 2,528,902	$ 404,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404,700
20	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,975,839	$ 316,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 316,200
21	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,168,934	$ 347,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347,100

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
7	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	2	$ 34,700
8	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 8,232,589	$ 1,029,100	$ 0	$ 1,029,100	14-11 - ARL SURA	30	$ 8,232,589	2	$ 200,600
9	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3,750,985	$ 468,900	$ 0	$ 468,900	14-11 - ARL SURA	30	$ 3,750,985	2	$ 91,400
10	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3,750,985	$ 468,900	$ 0	$ 468,900	14-11 - ARL SURA	30	$ 3,750,985	2	$ 91,400
11	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 8,808,870	$ 1,101,200	$ 0	$ 1,101,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 8,808,870	2	$ 214,600
12	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 8,591,938	$ 1,074,000	$ 0	$ 1,074,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 8,591,938	2	$ 44,900
13	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,528,902	$ 316,200	$ 0	$ 316,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,528,902	2	$ 61,700
14	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,337,413	$ 292,200	$ 0	$ 292,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,337,413	2	$ 12,300
15	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,528,902	$ 316,200	$ 0	$ 316,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,528,902	2	$ 61,700
16	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,337,413	$ 292,200	$ 0	$ 292,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,337,413	01	$ 12,300
17	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,528,902	$ 316,200	$ 0	$ 316,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,528,902	2	$ 61,700
18	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	2	$ 7,500
19	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,528,902	$ 316,200	$ 0	$ 316,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,528,902	2	$ 61,700
20	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,975,839	$ 247,000	$ 0	$ 247,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,975,839	2	$ 48,200
21	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,168,934	$ 271,200	$ 0	$ 271,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,168,934	2	$ 52,900

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	30	$ 1,423,500	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 57,000	$ 28,500	$ 42,800	$ 0	$ 0
8	30	$ 8,232,589	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 329,400	$ 164,700	$ 247,000	$ 0	$ 0
9	30	$ 3,750,985	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 150,100	$ 75,100	$ 112,600	$ 0	$ 0
10	30	$ 3,750,985	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 150,100	$ 75,100	$ 112,600	$ 0	$ 0
11	30	$ 8,808,870	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 352,400	$ 0	$ 264,300	$ 0	$ 0
12	30	$ 8,591,938	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 343,700	$ 171,900	$ 257,800	$ 0	$ 0
13	30	$ 2,528,902	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101,200	$ 50,600	$ 75,900	$ 0	$ 0
14	30	$ 2,337,413	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 93,500	$ 0	$ 70,200	$ 0	$ 0
15	30	$ 2,528,902	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101,200	$ 50,600	$ 75,900	$ 0	$ 0
16	30	$ 2,337,413	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 93,500	$ 46,800	$ 70,200	$ 0	$ 0
17	30	$ 2,528,902	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101,200	$ 50,600	$ 75,900	$ 0	$ 0
18	30	$ 1,423,500	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 57,000	$ 28,500	$ 42,800	$ 0	$ 0
19	30	$ 2,528,902	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101,200	$ 50,600	$ 75,900	$ 0	$ 0
20	30	$ 1,975,839	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 79,100	$ 39,600	$ 59,300	$ 0	$ 0
21	30	$ 2,168,934	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 86,800	$ 43,400	$ 65,100	$ 0	$ 0

Planilla Pagada — aci SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800185050
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ESEHOSPITALSANBARTOLOME
CIUDAD/MUNICIPIO:	MURINDO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 2 NO 14 20	TELÉFONO:	8575093
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7980385323	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1652112286

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
																												PENSION								SALUD								ARP						CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
22	CC 3532866	CORDOBA GARCIA CRISTIAN DAVID	DEPEND		$ 4.042.844	FIJO			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 4.042.844	$ 646.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 646.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 4.042.844	$ 505.400	$ 0	$ 505.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.042.844	01	$ 96.500	30	$ 4.042.844	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 161.800	$ 0	$ 121.300	$ 0	$ 0
23	CC 3532974	RENTERIA PALACIOS OSCAR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 7.500	30	$ 1.423.500	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 57.000	$ 28.500	$ 42.800	$ 0	$ 0
24	CC 35895217	SALAS ORTIZ ALBA INES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 7.500	30	$ 1.423.500	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 57.000	$ 28.500	$ 42.800	$ 0	$ 0
25	CC 43145350	ROVEDA TORRES GLORIA YANETH	DEPEND		$ 2.528.902	FIJO			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2.528.902	$ 404.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.528.902	$ 316.200	$ 0	$ 316.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.528.902	2	$ 61.700	30	$ 2.528.902	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101.200	$ 50.600	$ 75.900	$ 0	$ 0
26	CC 43807839	SANCHEZ MARTINEZ BELISTINA	DEPEND		$ 2.528.902	FIJO			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.528.902	$ 404.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.528.902	$ 316.200	$ 0	$ 316.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.528.902	2	$ 61.700	30	$ 2.528.902	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101.200	$ 50.600	$ 75.900	$ 0	$ 0
27	CC 71637462	ZAPATA YEPES HERIBERTO ANTONIO	DEPEND		$ 8.232.589	FIJO			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 8.232.589	$ 1.317.300	$ 41.200	$ 41.200	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.399.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 8.232.589	$ 1.029.100	$ 0	$ 1.029.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 8.232.589	01	$ 200.600	30	$ 8.232.589	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 329.400	$ 164.700	$ 247.000	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 35.775.900

Planilla Pagada
con SOI
Planilla Pagada



DAMOS TODO POR TU SALUD

E.S.E
HOSPITAL SAN BARTOLOME
NIT 800.165.050-9
MURINDO-ANTIOQUIA
Teléfono 857 50 93 – 857 50 94
Web: www.hospitalsanbartolome-murindo.gov.co
E-mail: hospital@hospitalsanbartolome-murindo.gov.co

Factura Electrónica de Venta	FE5008
Fecha generación	2025-09-08 16:09:05-05:00
Fecha validación	2025-09-08 16:12:33-05:00
Moneda	COP
Tipo operación	SS-CUFE

Adquiriente	SECCIONAL SALUD ANTIOQUIA	Teléfono	3839780
Documento/Nit	890900286-0	Código Postal	050001
Dirección	CALLE 42 N.52-106	Tipo Doc	31-NIT
Correo	facturaciongant@antioquia.gov.co	Ciudad	Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	FACTURA N.5008, PRIMER DESEMBOLSO DEL CONVENIO 4600018362 DE SUBSIDIO A LA OFERTA, DEPENDENCIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, POR PRESTACION DE SERVICIO DE SSSA. Numero Autorizacion:	771.330.584.00	771.330.584.00	0.00	0	771.330.584.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-10-08	20	Cheque	

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	771.330.584.00
Total mas Impuesto	771.330.584.00
Total Operación	771.330.584.00

Datos de usuario

Tipo documento:
Documento: 0
Primer nombre:
Segundo nombre:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Tipo usuario:

Column1



Observaciones

Valor en letras: SETECIENTOS SETENTA Y UNO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 00 /100 COP

Observación: FACTURA N.5008, PRIMER DESEMBOLSO DEL CONVENIO N.4600018362, DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEPENDENCIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR PRESTACION DE SERVICIO DE SSSA.

Esta factura de venta se asemeja para todos sus efectos legales a una letra de cambio según Ley 1231 Julio 17/2008, Art. 772-774 del Cód.Cio. Esta factura de venta causara intereses moratorios a la tasa máxima legal autorizada (Art. 884), por mes apartir de la fecha de vencimiento. La firma puesta por terceros en representación, mandato u otra calidad similar a nombre del comprador, implica su obligación de acuerdo con el inciso 3° del Art. 640 del Cód.Cio. e igualmente constancia de la entrega real y material de la mercancía y/o servicios prestados descritos en este titulo valor. La transferencia del derecho de propiedad de estos artículos, productos o maquinarias, se darán efectivamente a la cancelación de la correspondiente factura de venta, mientras tanto nos reservamos el derecho de dominio total oparcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos mi comportamiento comercial. Así mismo acepto pagar los honorarios que se le genere a mi acreedor por conceptode cobro pre jurídico o judicial que tenga que iniciar en mi contra, así como los gastos y costos que se le genere por el retiro y/o actualización de las bases de datos en la que me encuentre reportado por la causa de mi incumplimiento o mora.

Paciente 1	
Código prestador	0547505020
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratracion pago	03
Cobertura plan	13
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	
Número poliza	
Fecha inicio	1/01/0001 12:00:00 a. m.
Fecha final	8/09/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00