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:	6	Total de pagos:	10	Fecha:	09 de septiembre 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	Periodo a pagar:	01 al 31 de agosto de 2025
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	$ 25.771.235,00
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:	$ 128.856.175,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 25.771.235,00**
Saldo:	$ 109.692.944,57

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			Aportes a Pensión		
Valor pagado $	8.739.200 Periodo	01 al 31 de agosto de 2025	Valor pagado $	11.775.500 Periodo	01 al 31 de agosto de 2025
Comprobante de pago Número:		79842666	Comprobante de pago Número:		79842666
Fecha de pago:	15 de agosto de 2025		Fecha de pago:	15 de agosto de 2025	
Aportes ARP			Pensionado:	SI:	NO: X
Valor pagado $	1.394.000 Periodo	01 al 31 de agosto 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

09/09

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	2025-08-15, 07:23:13 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	79842666
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1702566808
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 28.075.000
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	$ 2.501.500	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	5	$ 4.180.400	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	12	$ 5.093.600	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.470.400	$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 226.500	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	12	$ 6.042.300	$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	22	$ 1.394.000	$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCO ANTIOQUIA CCF	22	$ 2.740.300	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	22	$ 1.370.700	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	22	$ 2.055.300	$ 0
		SubTotales:		$ 28.075.000	$ 0
		Total a Pagar:			$ 28.075.000