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. 3					
SUPERVISIÓN	X					
INTERVENTORÍA	☐					
TIPO DE INFORME	**PARCIAL**	☐	**PARA PAGO**	X	**FINAL**	☐
PERIODO DE INFORME	Desde:	01/11/2025		Hasta:	30/11/2025	
PERIODO PARA PAGO	Desde:	01/09/2025		Hasta:	31/10/2025	

1. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO	☐	**NÚMERO:**		**4600018362**	
CONVENIO	X	**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	75%			
% DE EJECUCIÓN DE RECURSOS	79.7%			

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	75% Este informe No.3.
% 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 79.7% 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.	**100%**	**100%**		La Empresa Social del Estado garantiza el cumplimiento de las normas generales aplicables a los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplica las directrices emitidas por los organismos de regulación y control del sector, fundamentando su operación en el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS).**
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.	**100%**	**100%**	Plataforma institucional	La entidad envía Pantallazo de los reportes de obligatorio cumplimiento, rendidos al Ministerio de Salud, correspondiente al periodo a pagar con el 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	**100%**	**100%**	Correo electrónico	Base de datos de la Población No Afiliada dispuesta por la entidad territorial y gestión de la afiliación de oficio y demás estrategias para garantizar la afiliación al

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 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.				Régimen Subsidiado (ej. búsqueda activa)
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.	**100%**	**100%**	Correo Electrónico	Evidencian la existencia de lineamientos (documento, proceso o ruta) de la afiliación de la población migrante irregular y socialización de esta información con el personal de la ESE
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 físico	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 físico 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	CUMPLE		Pantallazo de las mediciones realizadas a los indicadores y metas
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	CUMPLE	Plan de inversión de los recursos de Subsidio a la oferta	El plan fue revisado y aprobado por la dirección de

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;		2025 (anexo a este informe)	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.	CUMPLE	SOPORTE DE TRANSFERENCIAS Y PAGOS	Soportes de la ejecución de los recursos girados en el primer pago
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	CUMPLE	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG – SST)	Documento mediante el cual la E.S.E compila su Sistema de Gestión de Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG – SST)
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.	CUMPLE	Informe de Seguimiento y pago	Orden de pago y soporte de transferencia

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	EN PROCESO		

cumplimiento de lo establecido en la Resolución 484 de marzo 20 de 2024, artículo 5:			
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	$771,330,584	$0	$0	$771,330,584
6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS	$771,330,584	**$0**	**$0**	$771,330,584
7. Recursos ejecutados	$964,163,230	$0	$0	$964,163,230
8. Recursos no ejecutados	$245,032,383	$0	$0	$245,032,383

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		$771,330,584	$0	$0	$437,865,029	4300130425
Pago No.2 / Desembolso	19/11/2025		$0	$0	$192,832,646	$245,032,383	
TOTALES		$1,209,195,613	$771,330,584	$0	$192,832,646		

De conformidad con el Recibo a Satisfacción anexo al informe; el supervisor/interventor autoriza el pago/desembolso No.02 al contratista/conveniante, por valor de: Ciento noventa y dos millones ochocientos treinta y dos mil seiscientos cuarenta y seis pesos ($192,832,646), 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) 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) Factura Electrónica por valor $192.832.646

Para constancia, se firma la presente acta el 19/11/2025

ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
SUPERVISORA CONVENIO 4600018362

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

Gobernación de Antioquia

RECIBO A SATISFACCION

Fecha Elaboración: 18.11.2025

NUMERO DE DOCUMENTO : 5000253853

FACTURA: FE5099	**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
	2		0-PS3031	1002452	PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA*	192832646	UN	1,000	0%	1,0000	192.832.646,000

V/R TOTAL NETO	192.832.646,000
V/R TOTAL IVA	0,000
V/R TOTAL	192.832.646,000

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 particiación 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

Elizabeth Gomez G.

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

DAMOS TODO POR TU SALUD

Factura Electrónica de Venta **FE5099**

Fecha generación	2025-11-11 16:22:26-05:00
Fecha validación	2025-11-11 10:00:59-05:00
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. 5099 TERCER DESEMBOLSO DEL CONVENIO DE N. 4600018362 DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEPENDENCIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, POR PRESTACION DE SERVICIO SSSA. Numero Autorizacion:	192.832.646.00	192.832.646.00	0.00	0	192.832.646.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-12-10	20	Cheque	

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	192.832.646.00
Total mas Impuesto	192.832.646.00
Total Operación	192.832.646.00

Datos de usuario

Column1

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

Observaciones

Valor en letras: CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS 00 /100 COP

Observación: FACTURA N. 5099 TERCER DESEMBOLSO DEL CONVENIO N.4600018362 DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEPENDENCIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, POR PRESTA DE SERVICIO 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 título 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 opercial 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.

Cufe/Cude:6edbd228aed36203df242b47a383b5f8af258e3bdf0e3bce0617b33a9251279db420feed0d062f288d6fbb784ec73365

Kiai Facturación, producto de KIAI S.A.S NIT 901337751, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co
Medellín-Colombia

Paciente 1	
Código prestador	0547505020
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratacion 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	11/11/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00

SUBSIDIO A LA OFERTA MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.209.195.613) RELACION DE LOS GASTOS		
COMPROBANTE DE EGRESOS DE PAGOS MES OCTUBRE DE 2025	VALOR PAGADO	# EGRESO
FERNEY SALINAS MAQUILON, SUMINISTRO DE ACPM PARA FUNCIONAMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA	$ 18,088,000	17158-02-10-2025
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025	$ 30,177,800	17171-02-10-2025
WILLIAM DE JESUS LONDOÑO RAMIREZ, MEDICO PAGO DE RECONOCIMIENTO DE HORAS EXTRAS	$ 2,500,000.00	17079-25-10-2025
RECONOCIMIENTO DE BONIFICACION DE LOS EMPLEADOS VIGENCIA 2025	$ 29,318,842.00	17231-15-10--2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 478,619.00	17234-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 103,950.00	17235-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 230,630.00	17236-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 43,362.00	17237-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 267,161.00	17238-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 615,844.00	17239-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 89,074.00	17240-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 39,402.00	17241-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 148,500.00	17242-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 18,514.00	17243-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 630,295.00	17244-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 772,489.00	17245-1610-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 241,461.00	17246-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 42,313.00	17247-16-10-2025
HERIBERTO ANTONIO ZAPATA , CC71736462, PAGO GE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE 21/03/2024 AL 21/03/2025	$ 11,451,532.00	17259-24-10-2025
PAGO DE ELEMENTOS DE ODONTOLOGIA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN BARTOLOME	$ 3,274,943.00	17250-24-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 55,529.00	16965-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 451,836.00	16974-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 78,600.00	16975-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 77,121.00	16976-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 59,400.00	16977-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 326,943.00	16978-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 459,989.00	16979-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 389,743.00	16980-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 331,392.00	16981-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 316,344.00	16968-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 123,255.00	16970-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 1,442,283.00	16971-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 1,104,775.00	16972-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 69,300.00	16973-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 274,833.00	16982-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 274,833.00	16982-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 21,122.00	16983-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 147,094.00	16984-16-10-2025
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN)890.985.122, PAGO DE INSUMO HOSPITALRIOS	$ 14,077.00	16985-16-10-2025
TOTAL	$ 104,551,200	

COMPROBANTE DE EGRESOS DE PAGOS MES SEPTIEMBRE DE 2025	VALOR PAGADO	COMPROBANTES
JHON ELVIS PEREA BECERRA C.C. 1214718343, PAGO DE VACIONES CORRESPONDIENTE AL 01/04/2024/AL 01/04/2025	$ 9,806,266	17028-12-09-2025
DIRECCION SECCIONAL DE ANTIOQUIA NIT.	$ 134,500	17044-18-09-2025
FERNEY MAQUILON, CC, SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE , PARA FUNCIONAMIENTO DE LA E.S.E.	$ 30,924,340	17059-24-09-2025
CANDIDA ROSA MANYOMA QUEJADA , CC 21880761, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 14/01/2024 AL	$ 3,156,913	17080-25-09-2025
MARIA CONCEPCION QUEJADA SOTO, CC. 21880871, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/09/2023 AL 0	$ 3,427,505	17081-25-09-2025
CUESTA OSPINA JOSE ELIECER, CC.3532439, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07/01/2024 AL 0701/2025	$ 2,707,552	17082-25-09-2025
SINDY PAOLA QUEJADA BELTRAN, CC.1039652750, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 19/10/2023 AL 19/	$ 3,745,492	17083-25-09-2025
ALBA YNES SALAS ORTIZ, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/01/2024 AL 02/01/2025	$ 1,850,550	17084-25-09-2025
SIOMARA PALOMEQUE QUEJADA , PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/01/2024 AL 02/01/2026	$ 3,788,295	17085-25-09-2025
NELLY SOLFANIA HEREDIA VALOYES , PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 18/04/2024 AL 18/04/2025	$ 5,618,976	17086-25-09-2025
CRUZ MARY CORDOBA MARTINES, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/01/2024 AL 02/01/2025	$ 1,850,550	17087-25-09-2025
LILIANA MURILLO MENA , PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/02/2023 AL 02/02/2024	$ 3,016,987	17088-25-09-2025
LEONARDO MONTOYA CAstañeda, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 21/02/2024 AL 21/02/2025	$ 2,748,392	17089-25-09-2025
OSCAR RENTERIA PALACIOS, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/01/2024 AL 02/01/2025	$ 1,708,200	17090-25-09-2025
JEISON ARIAS SALINAS, PAGO DE VACACIONES CORRESPONDIENTE AL 02/01/2024 AL 02/01/2025	$ 2,939,628	17091-25-09-2025
JAMINZON PALACIO CUESTA, LPAGO DE PAGO DE LIQUIDACION DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES	$ 9,784,355	17094-26-09-2025
JOSETH MATEUS CASTILLO VALENCIA , PAGO DE LIQUIDACION DEFINITIVA DE PRESTACIONES SOCIALES	$ 26,831,132	17095-26/09-2025
NOMINA SEPTIEMBRE	$ 71,204,194	17096-25-09-2025
TOTAL	$ 185,243,827	
TOTAL	**$ 359,749,030**	

SUBSIDIO A LA OFERTA MIL DOSCIENTOS NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.209.195.613)

RELACION DE LOS GASTOS

NOMINA DE AGOSTO DE 2025-EGRESO 16993-12-09-2025	VALOR PAGADO	COMPROBANTE DE EGRESO
JHON ELVIS PEREA BECERRA	8,072,970	
CRISTIAN DAVID CORDOBA GARCIA	3,979,776	
LUZ MARY MAQUILON	2,400,992	
NIZA QUEJADA SOTO	2,300,950	
JEISON ARIAS SALINAS	2,135,098	
CRUZ MARY CORDOBA MARTINEZ	1,309,620	
ALBA INES SALAS ORTIZ	1,309,620	
OSCAR RENTERIA PALACIOS	1,091,350	
JHOARY TATIANA DIAZ MAQUILON	3,274,508	
LEONARDO MONTOYA CASTAÑEDA	778,003	
JOSE ELEICER CUESTA OSPINA	1,919,926	
CANDIDA ROSA MANYOMA QUEJADA	3,072,382	
MARIA CONCEPCION QUEJADA SOTO	3,112,310	16993-12-09-2025
OFIR TORRES VALENCIA	3,380,984	
SELESTINA SANCHEZ MARTINEZ	2,636,202	
ANTONIO ZAPATA YEPES	8,130,115	
SINDY PAOLA QUEJADA BELTRAN	2,584,389	
JESSICA ASPRILLA GARCIA	3,692,470	
JUAN CARLOS RAMOS HURTADO	1,309,620	
YNES SALAS ORTIZ	2,489,451	
SIOMARA PALOMEQUE QUEJADA	3,070,811	
LILIANA MURILLO MENA	2,135,098	
WILLIAM DE JESUS LONDOÑO RAMIREZ	7,777,760	
NELLY SOLFANIA HEREDIA VALOYES	3,692,470	
GLORIA FUGUERO TORRES	2,276,261	
TOTAL	**$ 77,933,137**	

PRIMA DE JUNIO PAGADA EN SEPTIEMBRE 2025 EGRESO 17029-12-2025	VALOR PAGADO	COMPROBANTE DE EGRESO
JHON ELVIS PEREA BECERRA	4,596,687	
CRISTIAN DAVID CORDOBA GARCIA	1,201,623	
NIZA QUEJADA SOTO	1,250,517	
LUZ MARY MAQUILON VALENCIA	1,250,517	
JEISON ARIAS SALINAS	1,160,380	
CRUZ MARY CORDOBA MARTINEZ	711,750	
ALBA INES SALAS ORTIZ	711,750	
OSCAR RENTERIA PALACIOS	711,750	
JHOARY TATIANA DIAZ MAQUILON	1,779,624	
GLORIA YANETH FIGUEROA TORRES	1,352,963	
SELESTINA SANCHEZ MARTINEZ	1,352,963	

CANDIDA ROSA MANYOMA QUEJADA	1,352,963	
MARIA CONCEPCION QUEJADA SOTO	1,352,963	17029-12/09-2025
OFIR TORRES VALENCIA	1,352,963	
SIOMARA PALOMEQUE QUEJADA	1,352,963	
YNES SALAS ORTIZ	1,352,963	
JOSE ELEICER CUESTA OSPINA	1,160,380	
JESSICA ASPRILLA GARCIA	2,006,777	
ANTONIO ZAPATA YEPES	4,404,436	
WILLIAN DE JESUS LONDOÑO RAMIREZ	1,101,109	
LEONARDO MONTOYA CASTAÑEDA	1,057,074	
NELLY SOLFANIA HEREDIA VALOYES	711,750	
JUAN CARLOS RAMOS HURTADO	2,006,777	
SINDY PAOLA QUEJADA BELTRAN	1,404,560	
LILIANA MURILLO MENA	1,160,380	
TOTAL	$ 37,858,582.00	
RETROACTIVO PAGADO EN SEPTIEMBRE 2025 EGRESO 17029-12-2025		COMPROBANTE DE EGRESO
JHON ELVIS PEREA BECERRA	3,007,178	
CRISTIAN DAVID CORDOBA GARCIA	660,331	
NIZA QUEJADA SOTO	818,095	
LUZ MARY MAQUILON	818,095	
JEISON ARIAS SALINAS	759,127	
JHOARY TATIANA DIAZ MAQUILON	1,164,240	
GLORIA YANETH FIGUEROA TORRES	885,116	
SELESTINA SANCHEZ MARTINEZ	885,116	
CANDIDA ROSA MANYOMA QUEJADA	885,116	
MARIA CONCEPCION QUEJADA SOTO	885,116	
OFIR TORRES VALENCIA	885,116	17030-12-09-2025
SIOMARA PALOMEQUE QUEJADA	885,116	
YNES SALAS ORTIZ	885,116	
JOSE ELEICER CUESTA OSPINA	759,127	
JESSICA ASPRILLA GARCIA	1,312,845	
ANTONIO ZAPATA YEPES	2,881,406	
WILLIAN DE JESUS LONDOÑO RAMIREZ	288,141	
LEONARDO MONTOYA CASTAÑEDA	691,544	
NELLY SOLFANIA HEREDIA VALOYES	1,312,845	
SINDY PAOLA QUEJADA BELTRAN	918,871	
LILIANA MURILLO MENA	759,127	
TOTAL	$ 22,346,784.00	
SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE AGOSTO- COMPROBANTE DE EGRESO No 17047-22-09-2025	VALOR PAGADO	COMPROBANTE EGRSO
SEGURIDAD SOCIAL MES AGOSTO 2025	$ 36,366,700.00	17047-12-09-2025
TOTAL	$ 36,366,700	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

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
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7994201624**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1917493030

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	3	$ 1.055.900
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 3.323.100
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 692.400
8002248088	230301	230301-PORVENIR	12	$ 6.717.200
		SUBTOTAL:	22	**$ 11.788.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 679.700
9006043500	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	5	$ 1.269.100
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	14	$ 5.114.700
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3	$ 3.131.300
		SUBTOTAL:	24	**$ 10.194.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	23	$ 2.910.800
		SUBTOTAL:	23	**$ 2.910.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	24	$ 1.250.500
		SUBTOTAL:	24	**$ 1.250.500**
OTROS PARAFISCALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	17	$ 1.047.800
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	23	$ 2.183.700
		SUBTOTAL:		**$ 3.231.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 29.376.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 29.376.200**



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 octubre 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 10 días del mes de noviembre del año 2025.

Atentamente,

JHON ALBEIRO VILLADIEGO MORENO
ASESOR CONTABLE

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 6 días del mes de Noviembre de 2024 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.039.093.893**

VILLADIEGO MORENO

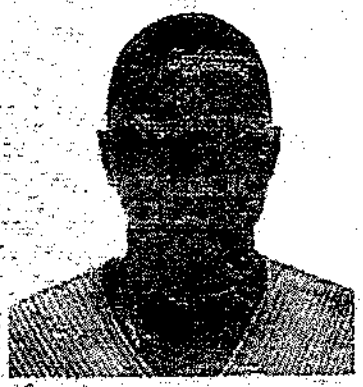
APELLIDOS

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. 1039093893
RESOLUCION INSCRIPCION 2081 FECHA 16/10/2018
UNIVERSIDAD COOP UNIV SEMINARIO

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA 220674

224168

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 PBX 6444450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.jdeqs.com

SOLO PARA TRAMITE CONTRATACION PRESTACION SERVICIOS SE Hospital San Bartolome